

SALUD, ENFERMEDAD Y POBREZA URBANA

Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción

Paloma Rodero e Iván Merino
(Coordinadores)

Autoras/es

Paloma Rodero e Iván Merino
Patricio Dobrée
Raquel Escobar
Guillermo Sequera
Myrian González



Centro de Documentación y Estudios (CDE)
Cerro Corá N° 1426 (casi Pa'í Pérez), Asunción, Paraguay
Teléfono +595 21 225 000 / Fax +595 21 213 246
www.cde.org.py

Proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236)
www.saludurbanapy.org

Coordinadores: Paloma Rodero e Iván Merino
Autoras/es: Paloma Rodero, Iván Merino, Patricio Dobrée, Raquel Escobar, Víctor Guillermo Sequera Buzarquis y Myrian González Vera

Diseño gráfico: Karina Palleros
Impresión: SV Servicios Gráficos

ISBN: 978-99967-745-7-7
Asunción, diciembre de 2018.

Esta publicación tiene Licencia Creative Commons (Reconocimiento – No Comercial –Sin Obra Derivada): Se puede copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.
Siempre que se utilicen los contenidos de esta publicación (en su totalidad o en parte), estos deberán ir acompañados por una nota mencionando la autoría y la organización que la publica, junto con el nombre completo, el lugar y el año de publicación.
Se puede utilizar la obra original siempre que no se haga con fines comerciales.

Esta publicación y el proyecto de investigación del cual forma parte son financiados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación (FEEI) del FONACIDE.

ÍNDICE

	Introducción: Desigualdades y salud urbana en el Paraguay. Aperturas antropológicas y colaboraciones interdisciplinarias	5
	Paloma Rodero e Iván Merino	
1	Procesos de salud, enfermedad y atención en las familias de la periferia sur de Asunción. Miradas desde la antropología de la salud urbana	42
	Paloma Rodero e Iván Merino	
2	El nivel invisible de la atención a la salud: Los cuidados en el hogar	163
	Patricio Dobrée	
3	Una interpretación clínica sobre la calidad de vida y salud de niños y niñas que viven en el Bañado Sur de Asunción	193
	Raquel Escobar	
4	Desigualdades que enferman y matan. Una aproximación a las desigualdades en salud en Paraguay	259
	Víctor Guillermo Sequera Buzarquis	
5	Desigualdades sociales en Paraguay: Cuando el Estado solo protege los derechos de clases privilegiadas (Sistematización)	275
	Myrian González Vera	
	Referencias sobre las autoras y los autores	309

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar especialmente nuestra sincera gratitud a cada una de las familias que generosamente han compartido, a lo largo de estos años, sus experiencias, conocimientos y tiempos de sus vidas junto a nosotros, haciendo posible la realización de este trabajo de investigación.

Nuestro agradecimiento a todos/as los/as doctores/as, licenciadas y agentes de salud de las tres Unidades de Salud de la Familia (USF) del Bañado Sur, y de los diferentes espacios de atención a la salud de la capital, que han acompañado y colaborado en este estudio, gracias por su generosa disponibilidad, apoyo e intercambios brindados.

Quisiéramos agradecer afectuosamente el especial cuidado e intercambio científico aportado por los/as colegas de Asunción, Buenos Aires y Bogotá (en el periodo de estancias de investigación y durante su presencia en el seminario realizado en Asunción), que han ayudado a impulsar colectivamente la construcción y compromiso de este proyecto y trabajo.

A nuestros/as amigos/as comprometidos/as en la distancia y la cercanía por todo su apoyo.

A nuestras familias por su cariño y apoyo incondicional.

Paloma Rodero e Iván Merin

INTRODUCCIÓN

**Desigualdades y salud
urbana en el Paraguay.
Aperturas antropológicas
y colaboraciones
interdisciplinarias**

Paloma Rodero e Iván Merino

1 | Introducción

En las últimas décadas, la preocupación a escala global por la mejora de los niveles de calidad de vida de la población mundial y particularmente de los sectores en situación de mayor vulnerabilidad se ha traducido, en el ámbito internacional, en diferentes políticas de lucha contra las desigualdades y la pobreza, cuyo horizonte viene guiado actualmente por la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹. En este escenario, Paraguay se sitúa en la región latinoamericana entre uno de los países con persistentes y elevadas tasas de pobreza y desigualdad social².

Desde hace diez años, la sociedad paraguaya ha experimentado una situación contradictoria. Si bien ha sostenido una de las tasas más altas de crecimiento económico en la región (con un promedio anual del 4,5%³), sin embargo, ha seguido conservando uno de los mayores niveles de desigualdad y pobreza en América Latina, con una marcada repercusión en su población. Recientes estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016), señalan que la desigualdad en Paraguay aumentó entre 2010 y 2014 (según el coeficiente Gini⁴ de 0,533 a 0,536), siendo junto a México y Costa Rica uno de los países que vieron incrementada esta tendencia; al mismo tiempo, fue con Brasil (en el año 2014), el país de Sudamérica con mayores tasas de desigualdad. A su vez, atendiendo a datos nacionales oficiales⁵, en Paraguay se estima

1 Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) son un conjunto de 17 metas globales adoptadas por varios países en septiembre del año 2015 con el fin de erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos/as como parte de una nueva agenda global. Cada objetivo tiene metas específicas previstas a ser alcanzadas en el año 2030. Entre los ODS más relacionados con nuestro trabajo destacan el Objetivo 1: Fin de la pobreza, Objetivo 3: Salud y Bienestar, Objetivo 6: Agua y saneamiento, Objetivo 11: Ciudades y comunidades sostenibles. Entre las recientes declaraciones orientadas por los ODS se distingue la nacida de la IX Conferencia Mundial por la Promoción de la Salud, celebrada en Shanghai y organizada por la OMS en noviembre del 2016. Disponible en:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>

2 Para el año 2017, según datos del PNUD, Paraguay presenta datos contradictorios. Si bien su índice de Desarrollo Humano ha entrado en el grupo de países de nivel alto de la región, posicionándose en el número 110 con un índice de 0,702. Sin embargo, en el Índice de Desarrollo Humano ajustado por Desigualdad (IDH-D), calculado para 151 países (respecto a desigualdad en logros alcanzados en salud, educación y nivel de vida representado en ingresos), Paraguay alcanza valores altos de desigualdad con un 0,522. De igual modo, su Índice de Desigualdad de Género (IDG), que mide la desigualdad de empoderamiento entre hombres y mujeres para 160 países, refleja un índice del 0,467 (cuanto mayor el número, más alejado de la igualdad).

3 Entre los años 2004 y 2017 (Banco Mundial, 2018).

4 Indicador de desigualdad.

5 Según datos nacionales de la DGEEC de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2015 el coeficiente de desigualdad Gini entre los años 2010 y 2015 había descendido del 0,512 al 0,471. Sin embargo, se confirmaba la persistencia marcada de la desigualdad entre los quintiles más pobres y más ricos donde el 40% más pobre disponía del 12,5% de los ingresos, mientras el 10% más rico concentraba el 37,1% de los ingresos.

que un 26,40% de su población, alrededor de 1.809.000 personas, vive en situación de pobreza, la cual afecta al 36,22% de la población rural (853.092 personas) y al 20,25%, de la población urbana (955.961 personas)⁶.

La emergencia contemporánea de la pobreza urbana en Paraguay se ha cristalizado fundamentalmente, en las últimas décadas, en la instalación de habitantes en situación de precariedad en las periferias de sus ciudades principales (Asunción, Ciudad del Este y Encarnación), concentrándose en el caso de la capital paraguaya Asunción en sus zonas costeras denominadas “Los Bañados”, donde actualmente vive aproximadamente un 20% de la población de la ciudad⁷.

Entre los componentes que tienen una mayor incidencia en la persistencia de altos niveles de deterioro de la población paraguaya se encuentra el impacto de las desigualdades en salud, realidad que viene siendo constatada por distintas investigaciones nacionales (Rivarola *et al.*, 2018) e informes internacionales (OPS/OMS, 2009, 2012, 2017) desde el enfoque de los determinantes sociales. Esta situación adquiere una impronta singular en los procesos de salud, enfermedad y atención que afectan a las vidas de las familias del Paraguay.

A pesar de la bonanza experimentada en los indicadores macroeconómicos del país en la última década, ello no se ha visto revertido proporcionalmente en incrementos sustantivos en la inversión social para políticas públicas dirigidas al conjunto de la población. En el campo de la salud, particularmente en los últimos años, si bien se ha apreciado un ligero aumento en la inversión en salud pública, el país sigue manteniendo uno de los índices por persona más bajos de la región. El gasto público en Paraguay es de 72,5 dólares por persona, frente a un promedio en América Latina de 240,7 dólares. Esta situación se traduce fundamentalmente en mayores desembolsos particulares o gastos de bolsillo para las familias paraguayas (Serafini, 2016).

Ante un episodio de enfermedad, los bajos niveles de gasto en salud pública, tienen efectos más agudos entre los sectores sociales con menores ingresos, ya que en éstos se concentra la mayor carga sanitaria de muchas enfermedades, hecho que genera fuertes repercusiones en sus hogares (Giménez *et al.*, 2017). En este escenario donde la falta de inversión pública en salud se convierte en uno de los factores principales de desigualdad en el país, las familias despliegan toda una serie de prácticas sociales diversas para afrontar sus problemas de salud (Serafini, 2016). El estudio de los pro-

6 DGEEC (2018) *Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC. Datos basados en la Encuesta Permanente de Hogares 2017.

7 Según datos de la Municipalidad de Asunción viven en las áreas de los bañados de Asunción unas 100.000 personas <http://www.asuncion.gov.py/>

cesos de salud, enfermedad y atención de las familias nos remite a las diversas formas y dimensiones que toman las desigualdades ante la vida, la enfermedad y la muerte.

2 | La investigación

Esta publicación tiene como propósito presentar una serie de trabajos que dan cuenta de los principales resultados de la investigación desarrollada en el marco del Proyecto “Salud, enfermedad y pobreza urbana” (14-INV-236) financiado por el programa Prociencia del CONACYT Paraguay, la cual ha tenido como objetivo general identificar y analizar los procesos que afectan y constituyen la salud, la enfermedad y la atención de familias en situación de empobrecimiento del Bañado Sur, barrio de la periferia de la capital del Paraguay, con énfasis particular en la salud materno-infantil, partiendo de un enfoque interdisciplinar, que atiende a las complejas relaciones existentes entre salud, desigualdades y género.

Más específicamente, este proyecto de investigación ha tenido como propósito original, por un lado, describir y analizar los dispositivos de atención en salud, es decir, las políticas sociales, sistemas y tecnologías en salud dirigidas a las familias en situación de vulnerabilidad urbana. Por otro lado, se ha especializado principalmente en explorar los itinerarios de salud que recorren las familias para diagnosticar y tratar la enfermedad en diferentes ámbitos de la vida social, prestando una particular atención al estudio de la experiencia social de la enfermedad y los cuidados a la salud. También se ha interesado en investigar el efecto que las tecnologías en salud (específicamente los medicamentos) tienen en su uso, significado y acceso en el contexto sociosanitario de la periferia de la ciudad de Asunción.

La propuesta de investigación original que recoge este libro ha pretendido contribuir al campo de los estudios sociales y de la salud en Paraguay desde la perspectiva de la antropología de la salud urbana, campo de investigación con un dilatado y relevante desarrollo aplicado en la región⁸, pero todavía incipiente en el país. Esta línea de trabajo, supone un desplazamiento en el modo de conceptualizar los procesos de salud, enfermedad y atención, explorados desde el punto de vista de los sujetos de carne y hueso en el curso de la vida cotidiana, priorizando el interés por la comprensión

8 Aguirre Beltrán, Gonzalo (1955) *Programa de salud en la situación intercultural*. México, Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica (reeditado en 1994).

de prácticas, sentidos, saberes y relaciones específicas que despliegan las familias en contextos urbanos material e históricamente definidos (Menéndez, 2009; Das, 2015).

Para ello, este programa de investigación ha planteado como propuesta teórico-metodológica realizar una investigación cualitativa basada principalmente en la etnografía (Guber, 2011; Romaní, 2013; Épele, 2017), en un trabajo de campo de larga duración en contraste con la modalidad investigativa predominante de los estudios cuantitativos de la epidemiología convencional⁹, basados en una temporalidad más acotada. Esta iniciativa ha permitido aproximarse al acontecer particular de los imponderables de la vida cotidiana de las familias del Bañado Sur de Asunción a través de una multiplicidad de situaciones, temporalidades y lugares.

Esta línea de estudio ha impulsado el desarrollo de un trabajo colaborativo interdisciplinar entre la antropología con el ámbito de la especialidad médica, y la salud pública y colectiva (Sánchez y Abadía, 2012). En este sentido, se ha llevado a cabo la puesta en marcha de un dispositivo de investigación entre dos antropólogos/as socioculturales y dos doctoras especialistas en pediatría y dermatología, realizando un trabajo de campo intensivo a través de visitas domiciliarias a distintas familias del territorio. Paralelamente a este proceso, se han desarrollado diferentes vías de diálogo interdisciplinar con diversos especialistas médicos y profesionales de la salud en el acompañamiento de distintos dispositivos de atención en el curso del estudio.

Este programa de investigación ha indagado, como eje transversal de estudio, en el análisis de las diferentes formas en que las desigualdades se expresan y articulan con los procesos de salud, enfermedad y atención (Fassin, 2009; Menéndez, 2017), centrándose especialmente en los ámbitos del territorio, las políticas públicas, la educación, el trabajo, la vivienda, la ciudadanía, el género, la cultura o la etnicidad, dando lugar a una exploración pormenorizada de la conformación de las distintas dimensiones y procesos del padecer desigualdades cotidianas en la realidad urbana contemporánea de la capital del Paraguay.

Por último, esta publicación así mismo recoge la iniciativa programática de haber desarrollado a lo largo del proyecto varias actividades bajo la modalidad de seminarios de investigación, que han pretendido contribuir a la habilitación de nuevas líneas de análisis, debates académicos y de relevancia política en torno al estudio de las desigualdades en Paraguay y su imbricación con los procesos de salud, enfermedad y atención, creando un espacio de discusión interdisciplinario en el área de la salud pública, la antropología de la salud y los estudios críticos de la producción de

9 Ver Almeida Filho (2007).

las desigualdades y la pobreza urbana. De igual modo, ha tenido como propósito realizar un aporte a la institucionalización de la disciplina antropológica en el país, con la realización de las primeras jornadas de antropología de la salud en el Paraguay¹⁰.

3 | Aportes de los trabajos compilados

Con el propósito de discutir las problemáticas recién señaladas, los trabajos reunidos en esta obra han explorado desde una mirada poliédrica los diferentes procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en situación de precariedad del Bañado Sur en un contexto de amplias desigualdades. Estas investigaciones han buscado una comprensión detallada de los determinantes culturales, sociales y ambientales en la salud que afectan a la población del territorio con especial énfasis en el colectivo de las mujeres e infantes. En éste se destaca la contribución de tres estudios sociales y de salud basados en investigación empírica desde un trabajo de campo en territorio con una temporalidad prolongada, modalidad investigativa no habitual en investigación en salud.

Cada uno de los trabajos que integran esta publicación parten de perspectivas teórico-metodológicas y posicionalidades diversas (antropología, ciencias sociales, pediatría, dermatología y salud pública), que han enriquecido el intercambio analítico desde diferentes miradas explorando múltiples dimensiones y aspectos de los objetivos del proyecto. Específicamente, las temáticas desarrolladas por los trabajos que se recogen en esta publicación remiten al estudio de: la exploración de las políticas e itinerarios de salud, los cuidados a la salud, el análisis del crecimiento, desarrollo y la calidad de vida de la población pediátrica, las enfermedades dermatológicas en los/as pobladores¹¹ y las desigualdades en salud y sociales a nivel país.

Entre los principales determinantes culturales, sociales y ambientales en la salud explorados en estos trabajos, destacamos entre otros: los condicionantes de acceso, el endeudamiento, la precariedad laboral y habitacional, la desprotección social, las múltiples exposiciones, la incidencia en sus redes sociales, el pluralismo asistencial y

10 Seminario internacional “Padecer desigualdades en el Paraguay contemporáneo” Historia, políticas y salud global - I Jornada de Antropología de la Salud realizado el 8 y 9 de Agosto 2018. Coorganizado por el CDE, ALAMES Py, APyA y UNA, bajo la coordinación científica de Paloma Rodero e Iván Merino. www.saludurbana.py.org

11 Los resultados de este trabajo colaborativo interdisciplinario serán finalmente publicados en formato de revista científica (Fernández, Rodero y Merino, en prensa) y (Rodero, Fernández y Merino, en prensa).

las diversas formas de padecimiento que intervienen en las oportunidades de realizar un proceso continuado de diagnóstico, tratamiento y recuperación.

Queremos poner de relieve que todos los trabajos compilados en esta obra tienen como dimensión transversal el abordaje de las implicancias que la producción, sostenimiento y naturalización de las desigualdades en salud tienen particularmente en la vida cotidiana de las personas y familias en la realidad social contemporánea urbana del Paraguay.

Por último, queremos resaltar que esta investigación no ha pretendido agotar las problemáticas de estudio que ésta aborda, sino más bien, proponer y dar impulso a nuevas aperturas, debates, novedosas colaboraciones y futuras investigaciones para potenciar el análisis y la transformación de la producción de las desigualdades en salud en el ámbito de la investigación, la universidad, las políticas públicas en salud y las organizaciones sociales y barriales.

Con el fin de realizar una introducción a la singularidad de la mirada de la antropología de la salud urbana, como propuesta central del proyecto de investigación, presentamos a continuación un breve recorrido por sus aportes, autores/as y problematizaciones, con la intención de asentar algunas bases al enfoque principal que ha sustentado esta investigación.

4 | Antecedentes de estudios de antropología de la salud en Paraguay

Los estudios antropológicos sobre los procesos de salud, enfermedad y atención en el Paraguay, en una posible genealogía, remontan a los trabajos pioneros de Moisés Bertoni, con su obra *La medicina guaraní* (1927), en la que compendia conceptos, plantas medicinales y tratamientos del acervo cultural paraguayo. Posteriormente, destaca la obra de León Cadogan, con las publicaciones *Nociones de medicina mbyá guaraní* (1948) y *Apuntes de la medicina popular guaireña* (1957), considerados éstos los trabajos canónicos que estructurarán el campo de estudio en el Paraguay. En 1972, Pérez-Maricevich escribirá por su parte *La Medicina Empírica en el Paraguay*; y en 1983, el doctor Sinforiano Rodríguez publicará el artículo *Medicina indígena, Medicina Folclórica y Medicina Científica*. Este último, compilará sus experiencias en diversos proyectos de salud, tanto nacionales¹² como regionales, en su obra *Antropología cultural aplicada a las Ciencias de la Salud* (2009).

12 Experiencia entre la que destaca su participación en el Proyecto Marandu que se desarrolló en Paraguay en la

Sin pretender ser exhaustivos, de gran importancia, en el campo del indigenismo en el estudio de la salud en el Paraguay, son notorios los aportes de los trabajos clásicos de Meltraux (1936, 1996), Susnik (1973, 1983), Chase-Sardi (1977, 1992, 2003) y Zanardini (2003), principales figuras de la disciplina.

Desde un diálogo interdisciplinar, resalta la pionera línea de investigación de Pastor Arenas y Ricardo Moreno Azorero desde los años setenta sobre las propiedades y usos de las plantas medicinales en el Paraguay (Arenas y Moreno, 1977; Moreno *et al.*, 2004).

Más recientemente, destacan los trabajos de Lucía Ibarra del Terol y Jorge Servín (2008) acerca de la salud entre los ayoreos Totobiegosode; de Graciela Chamorro (2009), sobre el cuerpo en la cultura guaraní; de Marcelo Bogado (2012), en relación a la salud en dos comunidades mbyá; de Deisy Amarilla (2018), sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas ayoreas; de Agustín Barúa (2011, 2014), acerca de la salud mental comunitaria en la periferia urbana de Asunción; y de Florencia Fabelbella (2017), en torno a la salud de cuerpos trans en contexto capitalino. Por último, cabe mencionar la contribución de los/as investigadores/as internacionales Schmeda-Hirschmann y Bordas (1990), sobre la medicina paraguaya; de Richard K. Reed (1996), acerca de los cambios en la medicina en comunidades guaraní; de Norman Breuer Moreno (2007) y Sarah Flanagan (2012), en torno a la salud y el uso de plantas medicinales en contexto campesino, al que se añade el trabajo de Mónica Kujawska (2016), sobre los intercambios en los prácticas de salud en migrantes de descendencia polaca y campesinos/as paraguayos/as en la región transfronteriza de Misiones.

5 | Antropología de la Salud y los Procesos de Salud, Enfermedad y Atención

La investigación que presentamos en esta obra se inscribe en el campo disciplinar de la antropología de la salud, área del conocimiento que estudia las múltiples formas en las que los seres humanos viven, representan y afrontan la enfermedad, el sufrimiento, el padecimiento, la muerte y la salud en diferentes sociedades históricamente situadas (Pizza, 2006). Este disciplina se centra en el análisis de “los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y

década del setenta. Este proyecto tenía como propósito “propiciar la autogestión entre los indígenas, crear en ambos polos de la relación las condiciones objetivas de una sociedad multiétnica, con participación de estos grupos oprimidos en el poder” (Colombres, 1975:1). “Marandu” en la lengua guaraní significa noticia o aviso.

económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud” (Freyermuth y Sesia, 2006: 9).

La antropología de la salud, en su análisis multidimensional y relacional, aborda la enfermedad no solo como un fenómeno biológico, sino que toma en consideración inseparablemente la imbricación de factores sociales, culturales e histórico-políticos desarrollando un enfoque bio-social-cultural crítico (Singer y Erickson, 2011; Meloni *et al.*, 2018).

Históricamente, la antropología de la salud, tanto en el contexto de las antropologías canónicas del norte como en la tradición regional del Sur de las Américas, se ha definido por ocuparse de explorar los procesos de salud, enfermedad y atención de diferentes personas y grupos sociales, entendiéndolos, según la definición del antropólogo argentino Eduardo Menéndez, como “el conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte, donde también se incorporan los procesos de atención” (Menéndez, 1978: 12).

Desde la antropología de la salud, a lo largo de su trayectoria disciplinar, se ha cuestionado y descentrado la visión hegemónica en torno a la explicación biomédica como modelo exclusivo para entender la enfermedad, interesándose en comprender los principios sociales en ella insertos, explorando la conformación socio-cultural, material e histórica de los síntomas, experiencias y tratamientos; deconstruyendo las nociones naturalizadas contenidas en las distintas maneras de entender la salud y la enfermedad; visibilizando los modos de control y medicalización en base a las configuraciones de la normalidad y la anormalidad, la desviación y las diferencias en una sociedad dada¹³; pluralizando las formas locales de manifestarse y dar comprensión a las biología localizadas, los padecimientos, las respuestas sociales frente a las enfermedades y malestares, los distintos sistemas y modelos de atención terapéuticos; las modalidades de institucionalización de los saberes médicos, así como las dimensiones del poder en la producción y distribución de la enfermedad, en contextos relacionales y diversos, prestando especial interés a las coordenadas culturales, sociales, materiales e históricas en las que se inscriben (Martínez, 2008; Kleinman, Das y Lock, 1997; Margulies, 2014; Lock y Nichter, 2002; Singer y Erickson, 2011; Lock y Nguyen, 2010; Grimberg, 2009).

13 Ver Foucault (1994, 2004b), Canguilhem (2011) y Fassin (2005, 2000).

6 | Dimensiones de los Procesos de Salud, Enfermedad y Atención

Los procesos de salud, enfermedad y atención permiten analizar dinámicas más amplias relacionadas con la resolución de la re-producción social de cada sociedad. Éstos están insertos y se desenvuelven desde el sistema de desigualdades sociales que articula una sociedad particular. Es por ello que su exploración, teniendo en cuenta el lugar y la importancia otorgada, permite la comprensión del núcleo central de la vida social (Mozo, 2013: 2).

Desde el ámbito estadounidense, a finales de los años setenta, el médico y antropólogo Horacio Fabrega (1978), sugirió una noción de enfermedad más allá de su concepción estrictamente biológica, tomando en consideración su aspecto cultural y distinguiendo en ésta dos dimensiones de estudio. Por un lado, la *Disease*, atribuida a la realidad física y fisiológica de la enfermedad desde el punto de vista biomédico, es decir, la anormalidad estructural o (dis)funcional de un órgano o del sistema psicológico, derivada del mal funcionamiento del organismo humano. Por otro lado, la *Illness*, compuesta por las diferentes percepciones, significados, explicaciones, clasificaciones y reacciones que tienen las personas con respecto a su dolencia o padecimiento en los problemas de salud. Cada grupo social, cada sociedad dispondría de sus propias y singulares definiciones de enfermedad.

A partir de la década de los setenta, en el ámbito anglosajón, tomó gran relevancia en la antropología médica la aproximación interpretativa interesada en comprender la influencia de la cultura sobre las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento. En esta línea de estudio, destacan junto a Horacio Fabrega, las figuras de Arthur Kleinman y Byron Good, influidos por los trabajos paradigmáticos de Clifford Geertz y Víctor Turner.

El psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman propuso el estudio de la enfermedad desde el *Enfoque centrado en el significado* o “Meaning centered Approach”, mientras que Byron Good, por su parte, formuló la *Teoría de las Redes Semánticas de la Enfermedad* o “Semantic Illness Network”.

Para Kleinman (1980), a diferencia de Fabrega, tanto la *disease* como la *illness* son construcciones sociales de la enfermedad. La biomedicina, por su parte, construye el ámbito de la *disease*, la representación biomédica de la disfunción biológica, mientras que los/as pacientes configuran el ámbito de la *illness*, la vivencia de la enfermedad. Kleinman considera tanto la *disease* como la *illness* categorías culturales susceptibles de análisis etnográfico, lo cual supuso una ruptura con el régimen de verdad unívoco otorgado a la *disease*, la enfermedad como disfunción biológica.

Posteriormente, Arthur Kleinman amplió su propuesta teórica en la obra *The Illness Narratives* (1988), en la cual se aborda la construcción de narrativas de enfermedad por parte tanto de terapeutas como de pacientes, prestando especial atención al contexto sociocultural en el que se producen. En ella, Kleinman toma interés por los procesos de negociación colectiva en los que se generan los significados de las enfermedades, atendiendo no solamente las representaciones sociales compartidas sobre la enfermedad, sino también a cómo se construye un sentido particular de la experiencia de ésta por/entre los diferentes miembros de la familia.

El enfoque de Kleinman, privilegia el estudio de la *illness*, la vivencia, la aflicción o padecimiento por encima de la disfunción orgánica. Se centra fundamentalmente en las representaciones que el/la paciente narra sobre su enfermedad, a la vez que analiza la construcción social del experto/a de salud respecto a la enfermedad y de la relación médico/a-paciente. A esas representaciones Kleinman las denominó Explanatory Models (EMs) o *Modelos Explicativos*. La interacción entre distintos EMs es para Kleinman fuente esencial de análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención. El estudio de los EMs de los/as profesionales versa en torno a cómo éstos/as dan sentido y tratan la enfermedad. El estudio de los EMs de los/as pacientes y familiares manifiesta cómo se concibe un episodio de aflicción y cómo se selecciona y se valoran las distintas opciones de tratamiento (Kleinman, 1988). Cada EMs se relaciona con un sistema de conocimiento y valores específicos, insertos en un mundo moral local que marca las normas socio-culturales que a su vez influyen en la percepción, evaluación y expresión de los síntomas. Define las diversas nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible cura empleadas por diferentes actores involucrados/as.

Por su parte, Byron Good y M.J. DelVecchio-Good desarrollaron una aproximación orientada a explorar el significado y las redes semánticas de la experiencia personal en las cuales se inscribe la enfermedad. Para estos antropólogos estadounidenses, de la Universidad de Harvard, la dimensión narrativa es la fuente a través de la que se da forma y genera las experiencias. Para éstos, los relatos particulares son un aspecto primordial del análisis del significado de la enfermedad, basándose en la formación de redes semánticas como modelo explicativo (Good, 1977; Good y DelVecchio, 1981).

Para Good la enfermedad “no puede ser entendida como un simple conjunto de síntomas definidos, es más bien un síndrome de experiencias, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los/as miembros de una sociedad” (Comelles y Martínez, 1993: 59). Este síndrome adquiere importancia y sentido en un plano subjetivo y concentra un universo de símbolos e imaginarios a ser analizados semánticamente. Las redes semánticas que emergen de los relatos de enfermedad permiten examinar los componentes socioculturales vinculados en un episodio de enfermedad (*illness*) (Good, 2003).

Desde esta aproximación interpretativa, se toma como base fundamental de interés lo que las personas cuentan sobre sus experiencias de enfermedad. Se centra particularmente en cómo en distintos entornos sociales, en especial la familia, el espacio del trabajo y/o las condiciones cotidianas, sostienen las expresiones de padecimiento y aflicción, entendiendo la comprensión de la cultura y la vida social como una disputa permanente de significados y construcciones sociales sujetas a reformulación permanente e inscritas al interior de distintas relaciones sociales.

A principios de los años ochenta, Allan Young (1982) introduce una tercera dimensión al estudio de la enfermedad, a las dos anteriormente (*illness* y *disease*) propuestas por Horacio Fabrega. Para Young (1982), el análisis de la enfermedad debe atender también al *Sickness*, refiriéndose con éste al aspecto intersubjetivo y socializado de la enfermedad, la forma colectiva en que un grupo social entiende una enfermedad y actúa con respecto a ella. La dimensión *sickness* de la enfermedad toma en cuenta tanto las relaciones sociales en donde se producen los procesos de enfermedad, como las articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas que la (re)producen.

7 | Enfoques contemporáneos en la Antropología de la salud

La emergencia de esta novedosa conceptualización de la enfermedad surge en paralelo con nuevos enfoques de abordaje de los procesos de salud, enfermedad y atención. Desde una renovada corriente denominada “Antropología Médica Crítica”, toman especial relevancia distintas propuestas conceptuales que otorgan especial interés a las dimensiones del poder en los procesos de salud, enfermedad y atención (Young, 1982; Singer, 1990; Scheper-Hughes, 1990). Desde esta corriente, la noción de enfermedad es pensada en el marco de las condiciones socio-históricas y políticas que la configuran, problematizando su definición de entidad exclusivamente natural, individualizada y descontextualizada. Para este enfoque, la enfermedad es considerada inserta en contextos sociopolíticos, económicos y culturales que conforman y afectan la expresión de ésta, así como del orden social en el que está inscrita, poniendo en evidencia las asimetrías e inequidades en la capacidad de *agencia* entre los/as diferentes actores y conjuntos sociales en la práctica médica, así como de las estructuraciones sociales más amplias y sus instituciones hegemónicas, como es el auge global del sistema de la biomedicina en el capitalismo contemporáneo (Scheper-Hughes, 1990; Singer, 1990; Fassin, 1996).

Los temas desarrollados desde esta perspectiva han estado orientados fundamentalmente al análisis crítico del sistema biomédico respecto a: su deshumanización, su

progresiva tecnificación, burocratización, disciplinamiento y hegemonía; su discriminación hacia otras modalidades de conocimiento; la fragmentación de la enfermedad y el cuerpo; o el reduccionismo biológico. Otras problemáticas de interés han sido la deconstrucción de categorías como la producción del riesgo o la prevención, la disociación cuerpo-mente en la concepción de persona, la medicalización¹⁴ de las diferentes esferas de la vida, el acceso desigual a servicios y tecnologías de salud o la expansión de la industria farmacéutica (Abadía *et al.*, 2013).

Desde la antropología de la salud crítica, a partir de la inspiración neo-marxista y la relectura post-estructuralista de Michel Foucault (1994, 2004), han surgido nuevos enfoques centrados particularmente en las relaciones y dispositivos de poder desde un análisis de la economía política y la biopolítica de la salud. Desde la perspectiva neo-marxista crítica, focalizada en la economía política de los procesos de salud, enfermedad y atención, han venido cuestionándose las relaciones de poder, las estructuras reproductoras de desigualdad social¹⁵, las diferentes formas de violencias e injusticia social¹⁶ y su incidencia sobre la salud de las personas. Ésta ha puesto el acento principalmente en desvelar cómo las fuerzas político-económicas macro-sociales afectan la salud de las personas, grupos sociales y la estructura de los sistemas de salud atendiendo a las asimétricas de relaciones de poder entre los países (Singer, 1990; Farmer, 1990; Scheper-Hughes, 1997).

Desde la corriente post-estructuralista se acuñó el concepto de *biopoder* por Michel Foucault en 1976 que propone una nueva forma de entender y analizar el poder. Este concepto incluye, por un lado, la *anatomopolítica* definida como la disciplina ejercida sobre el control de los cuerpos; y por otro lado, la *biopolítica* considerada como el poder ejercido sobre las poblaciones con fines regulatorios en ámbitos como la mortalidad, la natalidad o la esperanza de vida, etc. Esta analítica del poder parte de considerar la relación de los conceptos de saber, poder y los procesos de subjetivación en los sujetos. La noción de biopolítica supone la incursión de los fenómenos de la vida en el orden de los saberes, del poder y de la esfera de las técnicas políticas, dando cuenta de las formas en que ciertas disciplinas como la estadística, la demografía,

14 Para Conrad (2007) la medicalización es la definición de un problema no médico en términos médicos, utilizando el lenguaje médico (en términos de enfermedades o desórdenes) tanto para describirlo como para tratarlo, como por ejemplo, las normas de crianza, la dieta o el embarazo, etc. Este campo se articula con la noción de normalización de Michel Foucault (2004a, 2004b).

15 Con especial atención a la articulación en torno a las formas productoras de clasismo, racismo, heterosexismo, colonialidad, etc. (Farmer, 2001; Scheper-Hughes, 1997).

16 Desarrollando un nuevo campo de estudio en torno a la antropología de las violencias, estructurales, políticas, cotidianas, etc. (Farmer, 2004; Scheper-Hughes, 1997; Bourgois, 2010).

la salud pública o la epidemiología están implicadas en la emergencia de un saber político en procesos relativos a la vida y el gobierno de poblaciones. En este sentido, la biomedicina fue considerada por Foucault un saber-poder determinante en las formas de biopolítica contemporáneas en relación al hacer vivir, sobrevivir o dejar morir. Entre las temáticas principales abordadas por la antropología política de la salud figuran las formas de gobierno y gestión de los cuerpos, las poblaciones y la vida; la normalización y resistencia de tecnologías productoras de subjetividades; las nuevas ciudadanías derivadas de innovaciones biológicas y terapéuticas; la legitimación y naturalización de desigualdades respecto a las políticas de la vida; la biomedicalización con la incursión de las biotecnologías a escala global en la construcción de enfermedades; o los nuevos regímenes morales asociados al valor de la vida, etc. (Fassin, 1996, 2000, 2009; Lock y Nguyen, 2010; Das y Han, 2016; Abadía *et al.*, 2013).

Una de las mayores transformaciones en el campo de la antropología de la salud se ha producido con la incorporación de nociones renovadas en torno al género y al cuerpo en el seno general de la disciplina.

En este sentido, esta investigación toma como referencia diferentes trabajos realizados desde el campo de la antropología del género y la salud enfocados en la visibilización y cuestionamiento de la esencialización reproductiva de las mujeres, el androcentrismo y el reduccionismo biológico, la medicalización de sus cuerpos, así como de la homogenización de su experiencia (Fausto-Sterling, 2012; Esteban, 2006, 2010; Inhorn, 2006; González Montes, 1995, Sadler, Acuña y Obach, 2004). Estos aportes antropológicos y feministas en el análisis de las desigualdades en salud se basan en la reflexión de modelos complejos que cruzan la biología, la sociedad, la cultura y el poder en la reproducción social; aproximaciones que prestan atención a cómo se inscriben las inequidades en los sistemas y relaciones de sexo-género-sexualidad(es) y atienden a cómo se imbrican éstos con la interseccionalidad tejida desde diferentes dimensiones y condiciones de poder como son: la clase, etnicidad-raza, edad, nacionalidad, religión, diversidad funcional, territorio, etc. (Ramírez-Goicoechea, 2013; Meloni *et al.*, 2018; Browner y Sargent, 2011; Roberts, 2016; Esteban *et al.*, 2010; Viveros, 2016).

Estas variadas configuraciones, suelen expresarse a través de los procesos corporales en la salud remitiendo a la importancia que ha tenido el giro corporal en la disciplina antropológica con la intención de superar los planteamientos cartesianos de dualización cuerpo/mente (Mascia-Lees *et al.*, 2011).

Los estudios del cuerpo en antropología, inspirados de la teoría feminista y los estudios en ciencia, tecnología y sociedad, han planteado diferentes orientaciones teó-

rico-metodológicas y nuevos núcleos temáticos. Estos trabajos han delineado principalmente, por un lado, la relevancia del análisis de la materialidad, la sensorialidad y la experiencia encarnada de la enfermedad, explorando tradiciones fenomenológicas más allá de la interpretación del discurso, recuperando en el análisis los procesos de agencia, las emociones, los afectos, la inter-subjetividad y las prácticas corpóreas (Esteban, 2004; Mascia-Lees *et al.*, 2011; Citro, 2010; Citro *et al.*, 2015). Por otro lado, estos trabajos se han articulado con las propuestas que incluyen la corporalidad desde la imbricación del orden social y simbólico, las materialidades y las dimensiones sociopolíticas presentes en las regulaciones, controles y resistencias a través de variadas propuestas como son: el *embodiment*, el *habitus*, el *cuerpo social y político*, los *cuerpos múltiples*, los *itinerarios corporales* o las *biologías localizadas* (Bourdieu, 2003; Csordas, 1994; Scheper-Hughes y Lock, 1987; Esteban, 2004; Lock y Nguyen, 2010; Mascia-Lees *et al.*, 2011; Citro, 2010). Este conjunto de nociones plantean nuevas formas de aproximación a la enfermedad y la aflicción (Martínez, 2008).

Durante las tres últimas décadas, la antropología de la salud ha conformado nuevas perspectivas adoptando una agenda compleja y en continua renovación (Saillant y Genest, 2005). Además de la continuidad de los nudos temáticos tradicionales, redefinidos en ocasiones en nuevas coordenadas teóricas, ha desarrollado también distintos enfoques teórico-metodológicos imbricados con las transformaciones del mundo contemporáneo y la reconfiguración de la disciplina desde escenarios relacionados con el impacto de la globalización, el reordenamiento geopolítico post-guerra fría y postcolonial, los conflictos y catástrofes humanitarias y ambientales a escala planetaria, la omnipresencia en la vida cotidiana de la sociedad bio-tecno-científica y de la información global, el retorno de las epidemias mundiales, el auge de la salud global, las industrias farmacéuticas y la bioseguridad en la era del Antropoceno, etc. El estudio de éstos ha configurado la emergencia de novedosas problemáticas y marcos analíticos en articulación con otras ciencias sociales y dominios del saber (Inhorn y Wentzell, 2012; Biehl y Petryna, 2013; Das y Han, 2016; Macías Richard, 2009; Ulloa, 2017; Tsing *et al.*, 2017; Nading, 2013; Singer, 2016).

8 | Antropologías de la salud desde el Sur de las Américas

Desde el ámbito latinoamericano, buscando cambiar la geopolítica del conocimiento y los términos de la conversación con los establecimientos disciplinarios hegemónicos, se pone de relieve el campo de la antropología de la salud desde el Sur de las Américas (Ribeiro y Escobar, 2009; Épele, 2017). En este ámbito destacan los estudios

críticos de corte gramsciano del antropólogo médico argentino afincado en México Eduardo Menéndez, los cuales han prestado especial atención a los procesos de salud/enfermedad/atención definidos por éste como “un universal que opera estructuralmente (en forma diferenciada) en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994: 73). Para Menéndez, los procesos de salud/enfermedad/atención suponen la existencia en toda sociedad de saberes, representaciones y prácticas para entender, enfrentar y solucionar la incidencia de daños generados en la salud. Plantea entender dichos procesos insertos en relaciones de hegemonía y subalternidad y desde un análisis relacional entre las condiciones sociohistóricas, políticas, económicas e ideológicas que configuran la dinámica y organización de estos saberes y modelos médicos¹⁷, así como su articulación, en sentido más amplio con los diferentes y desiguales conjuntos sociales, en la reproducción de la sociedad (Menéndez, 1994, 2009).

Desde la propuesta teórico-metodológica basada en la perspectiva relacional y el punto de vista del actor, Menéndez propone reconocer la articulación entre la estructura social y la estructura de significado, atendiendo a la heterogeneidad de actores y conjuntos sociales participantes insertos en relaciones desiguales, priorizando analizar no solo las representaciones sociales sino también las prácticas sociales en relaciones dinámicas de hegemonía y subalternización, destacando cómo en las sociedades actuales predominan diversas formas de atención institucionalizadas, legitimadas frente a otros modelos médicos (Menéndez, 2002, 2003, 2009).

A su vez, evidencia la necesidad de abordar los procesos de salud, enfermedad y atención desde una perspectiva crítica y relacional que examine especialmente los saberes, representaciones y prácticas del modelo biomédico¹⁸ definido como un “conjunto de saberes no neutros, que han adquirido una posición hegemónica con respecto a los otros saberes desde fines del siglo XVIII, llegándose a identificar ésta, en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 59).

17 Los modelos médicos se refieren a aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1983).

18 Según Eduardo Menéndez (2003) el modelo biomédico se ha caracterizado por su tendencia al biologismo, la a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica.

Menéndez se interesa también por el análisis de la transformación de relaciones que se establecen entre los diferentes saberes médicos como marcos explicativos de nuevas formas de significar y atender los padecimientos en una sociedad determinada especialmente desde el punto de vista de los/as actores y grupos sociales que son quienes articulan los diferentes modelos terapéuticos (Menéndez, 2003). Este proceso es “una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades actuales” (Menéndez, 1994: 71). Los procesos de salud, enfermedad y atención son considerados por este autor también una “parte intrínseca de la constitución de la subjetividad, [...] que se va dando e instituyendo a través de la experiencia del padecimiento”. Supone “una parte sustantiva de las formas de estar en el mundo de los diferentes actores sociales [...] que no se reduce a la situación del sujeto, sino que, a través de la muerte, la enfermedad y la curación, refiere a las condiciones de asimetría, desigualdad y hegemonía/subalternidad dentro de la cual los sujetos y grupos viven y mueren” (Menéndez, 1997: 5).

9 | Pluralismo médico-asistencial y sistemas de salud

Para comprender la complejidad de los procesos de salud, enfermedad y atención es preciso conocer el pluralismo médico de un espacio social, cultural e histórico particular. Por pluralismo médico se entiende la coexistencia y convergencia de distintas formas de explicar y atender la enfermedad correspondientes con diferentes modelos de atención médica que operan de forma interrelacionada y de los cuales las personas y grupos sociales hacen uso (Leslie, 1976, 1978). Para Menéndez, el pluralismo médico incluye la diversidad de “formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003: 186).

Reconociendo la pluralidad de saberes relacionados con las formas de abordar los procesos de salud, enfermedad y atención, desde el ámbito anglosajón, Arthur Kleinman (1978) propuso la *Teoría de los sistemas de atención a la salud*, entendiendo los diferentes sistemas médicos como sistemas tanto sociales como culturales; compuestos por un conjunto de normas de significado y comportamiento, vinculados a relaciones e instituciones sociales. Kleinman distingue principalmente tres sistemas de atención a la salud: por un lado, el *sistema popular* que se refiere al ámbito de la familia, las redes sociales o la comunidad; por otro lado, el *sistema profesional*, que remite a los agentes curativos reconocidos por instituciones profesionales (medicina occidental, ayurveda, china, etc.); y por último, resalta el sistema *folk* que incluye a los especialistas considerados no profesionales.

Para Kleinman cada sistema comprende una estructura interna cultural a partir de la cual se despliegan creencias sobre la salud y enfermedad y se organizan distintas opciones y decisiones para dar respuesta a un problema de salud particular. Según Kleinman (1978), los *Sistemas de atención a la salud* se articulan con los *Modelos Explicativos* o *Explanatory Models*¹⁹ sobre las causas, síntomas, curso y tratamiento de las enfermedades de parte de los/as distintos/as actores involucrados/as: pacientes, familiares y distintos/as agentes terapéuticos/as recurriendo a diferentes elementos de diversos sectores que configuran los sistemas de atención en salud dando lugar a una realidad clínica concreta.

Por su parte, Eduardo Menéndez (1996) aborda el pluralismo médico desde la propuesta teórico-metodológica de los *Modelos Médicos*²⁰ insertos en relaciones de hegemonía y subalternización específicas. Para este autor, los Modelos Médicos se construyen a partir de los saberes²¹ desarrollados por los/as curadores/as así como por los conjuntos y sujetos sociales para enfrentar los padecimientos. Menéndez identifica fundamentalmente tres formas en las que se desenvuelven las formas de atención y los respectivos recursos.

En primer lugar, distingue el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH) basado en formas de atención biomédicas, refiriéndose a aquellas que corresponden a la medicina oficial. Este modelo está integrado por el sub-modelo médico individual privado, el corporativo público y el corporativo privado. Para Menéndez, el MMH comprende la institucionalización de la biomedicina en condición de superioridad con respecto a otros saberes terapéuticos (Menéndez, 1996).

En segundo término, diferencia el *Modelo Médico Alternativo Subordinado* (MMAS), que incluye las formas de atención de tipo “popular” o “tradicional” que son desplegadas por curadores/as especializados/as (hueseros/as, culebreros/as, brujos/

19 El modelo interpretativo de Kleinman (1980, 1988) propone explorar las relaciones de atención en salud como transacciones entre los distintos modelos explicativos, que comprenden la enfermedad basada en una (inter) relación de creencias sobre las causas de la enfermedad, la experiencia del síntoma, los patrones de comportamiento hacia las enfermedades, las decisiones en torno a tratamientos, prácticas terapéuticas y evaluaciones sobre los resultados curativos.

20 Por modelo médico Menéndez define “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1983: 3-4).

21 Según Menéndez (2003, 2009), los saberes médicos son producciones estructuradas de representaciones y prácticas referidas al proceso de salud, enfermedad y atención desde las cuales se significa y actúa respecto a la salud, la atención, la prevención, lo normal, lo desviado etc. y que operan a través de curadores/as, sujetos y grupos legos en procesos de transformación al interior de relaciones de hegemonía y subalternidad.

as, curanderos/as, espiritualistas, yerberos/as, etc.), que integra, a su vez, las formas de atención alternativas, paralelas o *new age* (sanadores/as, bioenergéticos/as, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.), así como las prácticas médicas alternativas desarrolladas fuera del sistema médico “occidental”, como la medicina ayurvédica, la acupuntura o la herbolaria china. Estas prácticas conforman alternativas al MMH respecto al cual se mantienen subalternizadas (Menéndez, 1992).

Por último, Menéndez se refiere al *Modelo de Autoatención* (AA) o formas de atención centradas en todas aquellas acciones emprendidas por la persona o grupo social para prevenir, tratar o controlar los propios padecimientos. Este modelo incluye una definición ampliada y restringida que comprende las prácticas de autoayuda, la automedicación y el autocuidado (Menéndez, 2003). Dicha autoatención plantea desde “acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinados grados de complejidad” (Menéndez, 1992: 104).

Para otros autores, como el mexicano Jesús Armando Haro (2000), la *autoatención*, está comprendida por los cuidados legos, que “comienzan con el cuidado de nosotros/as mismos/as, rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento en caso de enfermedades. Comprende incluso la activación de redes familiares y sociales, y en ciertos casos, la de grupos organizados (autogestión) independientes de los sectores médicos profesionales” (Haro, 2000: 103).

Menéndez considera que los diferentes modelos médicos insertos en los procesos de salud, enfermedad y atención no funcionan de forma excluyente, sino que interactúan en relaciones de hegemonía/subalternidad desde el punto de vista de los/as actores en el curso de la carrera de la enfermedad, que transitan en contextos particulares a través de una doble dinámica: bien mediante la propuesta de la *articulación*, cuando los/as curadores/as se apropian de los recursos (técnicas, denominaciones, farmacopea, etc.) de otros modelos de atención, pero manteniendo una cierta distinción en su manera de curación como la más idónea; bien desde la *articulación-integración*, cuando las propias personas combinan diferentes formas de atención, supuestamente incompatibles, en su búsqueda pragmática de soluciones a sus problemas de salud (Menéndez, 1994, 2003).

10 | Itinerarios terapéuticos

Desde el campo de la antropología de la salud se propone el estudio de los itinerarios terapéuticos o carreras del enfermo²² como una herramienta teórico-metodológica pertinente para el conocimiento cualitativo acerca de las problemáticas de la salud (Augé, 1984). Con la intención de abordar los procesos de salud, enfermedad y atención desde un enfoque multidimensional y relacional, esta metodología es utilizada para restituir los distintos tránsitos recorridos por las personas y grupos sociales entre diversos recursos terapéuticos a través de plurales sistemas de atención y modelos médicos en una sociedad particular (Benoist, 1996). El estudio desde la metodología de los itinerarios terapéuticos incluye las diversas decisiones y acciones llevadas adelante por las personas y grupos sociales en presencia de un problema de salud que involucra diferentes saberes y formas de intervención para atender a los padecimientos en un contexto específico. En este recorrido la persona entra en relación con diferentes actores sociales, familiares, vecinos/as, comunidad, curadores/as e instituciones; interrelaciones significativas para la comprensión de la enfermedad y búsqueda de la curación y/o bienestar (Janzen, 1977, Perdiguero, 2006).

El abordaje desde los itinerarios de salud incluye la descripción del recorrido de las personas entre diferentes saberes y recursos terapéuticos, las formas en que éstas dan sentido a las percepciones, experiencias y decisiones tomadas, y cómo éstas, a su vez, son configuradas socialmente desde su entorno familiar y redes sociales. Igualmente, se interroga por las articulaciones y diferencias entre los distintos sistemas y modelos médicos a lo largo del curso de la enfermedad (Massé, 1995; Alves, 2015).

Esta metodología toma interés por las elecciones y sucesión de acciones por las que se ha optado, permitiendo dar comprensión a la historia de la enfermedad, en su interrelación entre distintos sistemas de atención, interesándose de forma particular por un análisis de las relaciones de la triple dimensionalidad de la *disease*, la *illness* y el *sickness* (Good, 2003; Alves, 2015).

La exploración de los itinerarios terapéuticos permite evitar centrarse en un único sistema médico, abriendo el estudio a otras modalidades de atención a la salud. Desde este enfoque, el sistema biomédico, por tanto, no se impone como una referencia úni-

22 Dentro de la disciplina existen varias tradiciones conceptuales para abordar este proceso como son: la “carrera moral del paciente” (Goffman, 2001), “la carrera del enfermo” (Menéndez, 2009), “modelos explicativos” (Kleinman, 1980) o “procesos, complejos y dispositivos asistenciales” (Comelles, 2000), entre otros.

ca, sino como una opción terapéutica más entre una pluralidad médica y asistencial (Menéndez, 1994).

Desde esta metodología de investigación, se presta especial interés a la experiencia (corporizada) de la enfermedad en las distintas elecciones curativas (Csordas y Kleinman, 1996; Das, 2015), explorando cómo son vividas y percibidas por las personas y grupos sociales involucrados/as en las trayectorias de salud en contextos inmersos en un pluralismo terapéutico (Perdiguero, 2006; Menéndez, 1994).

Este tipo de estudios también se interrogan sobre cómo desde el ámbito familiar y la red social más amplia se (re)interpreta constantemente el curso de la enfermedad, se toman decisiones en relación a distintos recursos y cómo se transforma la organización de roles en función de las distintas configuraciones familiares en el curso de los procesos de salud, enfermedad y atención (Janzen, 1977; Perdiguero, 2006, 2009).

La propuesta de los itinerarios terapéuticos analiza también las condiciones sociopolíticas en las que están inscritos los procesos de salud, enfermedad y atención, especialmente el nivel de acceso a los cuidados y atención a la salud, las relaciones de poder en los encuentros terapéuticos entre profesionales y legos, las diversas configuraciones en las relaciones entre los poderes curativos, políticos, religiosos y económicos, tomando en cuenta la dimensión sociopolítica en la que las personas y familias están insertas con respecto a los diferentes sistemas médicos en la estructuración desigual más amplia de la sociedad (Fassin, 1996; Massé, 1995).

11 | Antropología de los medicamentos

La presente investigación está orientada por los trabajos realizados desde la antropología del medicamento. Este campo de estudio, en reciente auge, cuenta en el seno de la disciplina antropológica con una amplia tradición de estudios sobre los usos sociales de sustancias medicinales en distintos contextos culturales y acerca de la indagación de la forma en que distintas sociedades han utilizado éstas para generar efectos físicos y psíquicos. Destacan entre los autores clásicos de la disciplina las aportaciones de Malinowski o Lévi-Strauss en sociedades y culturas no occidentales (Desclaux y Lévy, 2003; Baxerres y Simon, 2013).

A partir de los años ochenta, la antropología del medicamento ha adquirido una relevancia particular, trasladándose el interés del campo de estudio hacia los productos manufacturados y comerciales de la industria farmacéutica. Las investigaciones realizadas en esa década revelaron cómo distintos productos farmacéuticos eran uti-

lizados en contextos locales particulares, prestando especial atención a los canales formales e informales de distribución de medicamentos, así como a los usos de los mismos fuera del campo biomédico (Van der Geest, White y Hardon, 1996).

En el mundo contemporáneo, los medicamentos han ido ocupando un lugar central, tanto en los niveles de las agendas gubernamentales e internacionales, como en la gestión diaria de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención. Ello ha derivado en un interés creciente por este ámbito de estudio desde un enfoque etnográfico, el cual se ha centrado fundamentalmente en indagar las formas en que los remedios y medicamentos son distribuidos, adquiridos, utilizados, descartados o incorporados por las personas, y analiza de qué manera sus prácticas se imbrican con construcciones culturales y sociales respecto a la salud y la enfermedad (Van der Geest *et al.*, 2010; Baxerres y Simon, 2013; Hirsch, 2016). De igual modo, la antropología del medicamento ha explorado también las diversas formas en que distintos actores perciben los medicamentos y sus efectos sobre la salud, llegando hoy a ser considerados, en algunos casos, como fundamentales en la relación entre la persona y el problema de salud (Van der Geest, White y Hardon, 1996; Van der Geest, 2012).

Los trabajos en torno al medicamento también han puesto el acento sobre el aspecto de la automedicación. Desde esta línea de investigación, se ha explorado la presencia de medicamentos en los domicilios, se han analizado los conceptos locales en torno a su uso y eficacia otorgada a su consumo. Además también, se han producido estudios centrados en el manejo diferencial de medicamentos entre hombres y mujeres y por grupos etarios. Este campo de estudio también se ha interesado por la exploración de cuáles son los medicamentos más utilizados, para qué se consumen y cómo se adquieren, y ha indagado en las prácticas de los efectos sobre la salud en relación con su prescripción, distribución y demanda (Desclaux y Lévy, 2003; Baxerres y Simon, 2013; Van der Geest *et al.*, 2010).

Otros estudios más recientes acerca del medicamento se han focalizado fundamentalmente en el análisis de los significados culturales asociados a su consumo, la exploración de sus formas de producción y la expansión de los mercados farmacéuticos o comercialización global de los medicamentos. Principalmente han centrado su interés en el rol de los productos farmacéuticos en los sistemas de salud de países del Sur Global, analizando los cambios en las prácticas médicas y las nociones de salud y enfermedad a partir de la presencia cada vez más importante de éstos²³ (Nichter, 2003; Baxerres y Simon, 2013; Hirsch, 2016). En los últimos años, se ha prestado igualmente

23 Definido como proceso de *farmacologización* y *farmaceuticalización* (Petryna, Lakoff y Kleinman, 2006).

atención al estudio del acceso de medicamentos esenciales en determinados contextos empobrecidos, subrayando la fuerte limitación de éstos por distintos motivos económicos, políticos y culturales, o bien por desigualdades socioeconómicas y de género. Estos trabajos han desvelado cómo el acceso y uso de medicamentos es uno de los principales determinantes sociales de la salud que explican muchas de las inequidades sanitarias. En este sentido, varios estudios se han centrado en entender los procesos contemporáneos relacionados con las dificultades en la adquisición equitativa a medicamentos y, por consiguiente, a la salud (Desclaux y Lévy, 2003; Van der Geest *et al.*, 2010; Hirsch, 2016).

12 | Antropología de la salud urbana y los estudios críticos sobre la producción de las desigualdades y la pobreza urbana

Esta investigación se enmarca en la intersección fructífera entre la antropología de la salud, la antropología de las desigualdades y la antropología urbana, tomando como problematización la figuración controversial de la pobreza urbana. Este tropo canónico en la tradición antropológica es asociado particularmente a las transformaciones nacidas con la (hiper)urbanización en la región latinoamericana a partir de la década de los 50-60 que produjeron la expansión de las periferias precarias en sus principales ciudades, fenómeno concomitante con las intensas migraciones campo-ciudad como consecuencia de las mutaciones de los modelos productivos nacionales, dando lugar a la emergencia acelerada de nuevos territorios urbanos relegados y con ellos nuevos modos de vida de sus habitantes para incorporarse o subsistir en la ciudad (Lomnitz, 1975; Perlman, 2010; Monreal, 1996).

En este sentido nuestro trabajo, desde la disciplina antropológica, se cruza en el diálogo de tres principales líneas ordenadoras que atienden a: la configuración del territorio, las estrategias de supervivencia, y las formas de producción y gobierno de la pobreza urbana (Roy y Shaw Crane, 2015).

Por un lado, el estudio desarrollado reflexiona, desde la noción de territorios de la pobreza, acerca de la dimensión espacializada de los procesos de urbanización popular de las ciudades latinoamericanas y las dinámicas de auto-construcción precaria (individual y colectiva) de viviendas y barrios en los márgenes de las ciudades, en un contexto de permanente disputa en torno a la propiedad, titulación y formalización de la tierra urbana. Territorios distinguidos por el déficit de infraestructura, acceso a servicios públicos y saneamiento, donde la vida de sus habitantes se desenvuelve ofreciendo permanentemente soluciones individuales y organizadas colectivamente

en medio de procesos de mercantilización de los servicios y la tierra urbana. Espacios urbanos que responden a múltiples procesos de segregación en los que se sedimentan encadenadas y progresivas desigualdades urbanas en articulación con las formas de urbanización planetaria de las ciudades del sur global. Barrios portadores de estigmas territoriales productores de múltiples discriminaciones en permanente tensión con las reapropiaciones identitarias de sus moradores/as. Procesos que se unen y articulan a las dinámicas de securitización y criminalización creciente por parte del Estado y la policía, la capilarización de la economía de la droga o la despacificación de la vida cotidiana. Territorios que sufren un progresivo deterioro socioambiental que se configura en un paisaje de múltiples exposiciones que impactan sobre las personas que habitan estos territorios (contaminación, inundaciones, incendios, raudales, residuos, etc.) (Caldeira, 2016; Di Virgilio y Perelman, 2014; Carman *et al.*, 2014; Bolívar y Erazo, 2014; Gledhill, 2016; Auyero y Swistun, 2008; Roy, 2011).

Por otro lado, esta investigación toma también como anclaje la pionera aproximación, desde la antropología urbana, de los estudios sobre el llamado sector informal²⁴ o las economías informales, centrados en cómo las personas sobreviven o se ganan la vida mediante múltiples estrategias individuales y colectivas basadas en sus redes sociales en un entorno de múltiples adversidades. Este enfoque, más recientemente desarrollado desde la noción de economías populares y de los cuidados, se concentra en la exploración y análisis de las formas de vida que sustentan a las personas y familias en condiciones de precariedad. Este campo, conformado desde los aportes cruzados de la antropología económica, la economía feminista y la antropología urbana, explora las estrategias de supervivencia o existencia incluyendo las formas diversas de actividades para el aprovisionamiento, arreglos y formas de cuidados (en sus modalidades remuneradas y no remuneradas) que permiten la reproducción social y el sostenimiento de la vida (Lomnitz, 1973; Bartolomeu, 1985; Narotzky y Besnier, 2014; Gago, 2014).

De igual modo, esta investigación se encuadra en la indagación de las dimensiones políticas y de gobierno de la pobreza. Esta línea de estudio analiza, por un lado, las trasmutaciones de las tecnologías, racionalidades y producciones de subjetividades en los territorios de la pobreza. Esta aproximación examina los cambios generados en el despliegue de los diferentes dispositivos y formas en cómo se planifica, aborda e interviene sobre las poblaciones en situación de exclusión o vulnerabilidad. Este eje

24 Esta línea de análisis toma origen en los teóricos de la marginalidad económica, germinada en los años 60 en Latinoamérica, en un contexto socioeconómico marcado por modos productivos periféricos dependientes de los centros globales que no pueden incorporar a la nueva población urbana nominada como “masa marginal” (Lomnitz, 1973; Perlman, 1976; Bartolomeu, 1985).

de estudio nace en la región en el contexto de las reformas de ajuste estructural y la incursión de iniciativas globales de carácter focalizado desde organismos internacionales y la banca multilateral en las políticas públicas estatales locales (Álvarez, 2005). Por otra parte, una segunda línea de trabajos, se concentra particularmente en el proceso de producción de la pobreza, es decir, del empobrecimiento, poniendo éste en relación con distintos procesos sociohistóricos y políticos en contextos específicos en los que se entrelazan relaciones de poder que perpetúan condiciones de explotación, exclusión, discriminación, inferiorización, disciplinamiento, normalización, naturalización. etc.; alejándose de las definiciones estandarizadas y exclusivamente cuantificadoras de la pobreza para focalizar la asistencia social. Esta orientación se acerca al estudio de los “perpetradores” de la pobreza, es decir, las acciones y agentes que la perpetúan de manera directa o indirecta en un contexto histórico dado. Ello incluye a individuos o grupos, a instituciones e incluso prácticas sociales, proponiendo desde sus planteamientos una teoría relacional de la producción del empobrecimiento y los sistemas de desigualdades, así como de las disputadas relaciones de poder y dominio en una sociedad particular (Álvarez, 2005; Cimadamore y Cattani, 2009). Una tercera línea, se centra en la agencia de la llamada “política de los pobres”, ésta problematiza las relaciones complejas definidas desde las relaciones de patronazgo y clientelismo de los sectores populares, visibilizando la combinación de formas y estrategias colectivas políticas de confrontarse, resistir y disputar el derecho a la ciudad y las ciudadanías insurgentes (Auyero, 2001; Holston, 2013).

Por último, esta investigación se enmarca en el ámbito de la antropología de las desigualdades, explorando los estudios críticos de la producción de las desigualdades y la pobreza, los cuales se descentran de la visión sustancialista, deshistorizada y desfocalizada para insistir en las dimensiones sociopolíticas productoras de las relaciones de poder, dominio y empobrecimiento. Esta línea piensa las desigualdades sociales más allá de los procesos económicos, sugiriendo que éstas se constituyen en base a elementos materiales y simbólicos, históricamente producidos, social y territorialmente contextualizados, que están entrecruzados con las relaciones de clase, género, sexualidad, etnicidad, edad, etc. Este campo de estudios se centra fundamentalmente en cómo se constituyen, legitiman y mantienen las desigualdades (Reygadas, 2008; Segura, 2014; Viveros, 2016). Desde estas consideraciones epistémicas, este estudio fija la mirada en los diferentes modos en que las desigualdades se expresan y articulan con los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados.

13 | Estructura del libro

Esta publicación reúne una compilación de cinco trabajos repartidos en tres apartados temáticos que analizan en su conjunto el impacto de las múltiples desigualdades en los procesos de salud, enfermedad y atención en el Paraguay. La primera sección, está compuesta por dos investigaciones realizadas desde el campo de la antropología social y cultural. La segunda parte, comprende un estudio de especialidad médica nacido del trabajo colaborativo interdisciplinar; y la tercera parte, recoge dos trabajos que revisan el estudio de las desigualdades en el Paraguay desde el ámbito de la salud pública y las ciencias sociales.

En el primer capítulo, los antropólogos sociales Paloma Rodero e Iván Merino analizan los procesos de salud, enfermedad y atención de un grupo de 24 familias del Bañado Sur, barrio de la periferia de la ciudad de Asunción. Este trabajo inicia con una contextualización del proceso de urbanización desigual paraguayo que ha dado lugar a la conformación de las periferias urbanas de los “Bañados” de la capital. Así mismo, incluye una exploración de las políticas de salud en Paraguay que han configurado el escenario actual de fragmentación, segmentación y desprotección del sistema de salud paraguayo; y examina la influencia de la implementación, desde hace una década, de la estrategia de Atención Primera de la Salud en estos territorios. En un segundo momento, se realiza un primer acercamiento, desde un mosaico epidemiológico, a las diversas configuraciones habitacionales, socioeconómicas y epidemiológicas de las familias del Bañado Sur del estudio. En una tercera sección, desde un abordaje etnográfico, se analizan los distintos dispositivos de salud a los que recurren habitualmente los/as pobladores/as del Bañado Sur, en un contexto de pluralismo médico-asistencial. A su vez, se restituyen los itinerarios de salud de nueve familias mediante los cuales se indaga en las diferentes dimensiones y formas que toman los procesos de salud, enfermedad y atención. En éstos, se destaca la articulación de usos, significados y acceso a las tecnologías de salud de los medicamentos y plantas medicinales presentes en los diversos recorridos de enfermedad en un contexto desigual precario. Este capítulo termina con unas reflexiones finales que formulan algunas aperturas para dar continuidad al estudio de las desigualdades y la (des)protección en salud desde la perspectiva de la antropología de la salud urbana.

Por su parte, el trabajo de Patricio Dobrée, en el segundo capítulo, desde el enfoque de los trabajos de cuidados y con un abordaje etnográfico, se centra en la descripción y análisis de diferentes actividades que despliegan un grupo de mujeres que viven en el Bañado Sur para intentar preservar la salud de sus familiares. Este texto

está organizado en cinco momentos, inicialmente se examinan las distintas formas de prevención de riesgos para la salud que se desarrollan desde los hogares para proteger a sus miembros; en un segundo momento, se definen los modos de relacionamiento entre los hogares y los servicios de atención a la salud; se continúa dando cuenta de las prácticas de mutualidad que se impulsan ante acontecimientos críticos y se prosigue explorando el ámbito del autocuidado en las mujeres en tanto que principales cuidadoras. Este capítulo finaliza con algunas reflexiones acerca de las relaciones que estas ocupaciones mantienen con la producción y persistencia de desigualdades.

La pediatra Raquel Escobar, en el tercer capítulo, comienza desarrollando una presentación diagnóstica pediátrica sobre la situación de la salud y la calidad de vida de un grupo de 25 niños/as que habitan en cuatro barrios del Bañado Sur, realizando una interpretación clínica acerca de su evolución de crecimiento, estado nutricional y desarrollo. El trabajo de Escobar continúa con un examen de la incidencia de varios factores transversales del contexto inmediato de los/as menores como son: los antecedentes perinatales, la organización de los cuidados en los hogares, la lactancia materna, la desnutrición oculta y varios aspectos socioambientales relacionados con el estado de salud de los/as menores. Prosigue con una presentación de los antecedentes de enfermedades reportadas y presentes en los/as niños/as en el momento de la exploración física pediátrica y finaliza su trabajo realizando una valoración acerca de los servicios de atención a la salud y de protección dirigidos a la población infantil en el entorno próximo de las familias del Bañado Sur.

En el capítulo cuarto, el doctor Guillermo Sequera, desde el campo de la salud pública, realiza una exploración e interpretación de varias dimensiones en las que se expresan las actuales desigualdades en salud más destacadas en el contexto paraguayo a través del examen de los principales resultados de dos bases de datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: el registro de defunciones acontecidas en el país durante el año 2015 y la Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos del año 2011. Desde la primera, se examinan distintas inequidades en relación a diferentes tipos de enfermedades y causas de muertes entre distintos sectores de la población, tomando en cuenta fundamentalmente aspectos como el área de residencia, la etnicidad, el sexo o el nivel socioeducativo. La segunda, muestra y analiza las prevalencias de las principales enfermedades crónicas entre la población paraguaya en relación a sus principales factores de riesgo, biológicos y de estilo de vida asociados.

Finalmente, la investigadora social Myrian González, en el capítulo quinto, realiza una relatoría comentada sobre las desigualdades sociales en el Paraguay a partir de seis ponencias desarrolladas por los sociólogos José Carlos Rodríguez, Ramón Fogel y

Luis Galeano, la economista Verónica Serafini, el geógrafo Kevin Goetz y la urbanista Ana Raquel Flores en el marco del Seminario de Investigación “Padecer desigualdades en el Paraguay contemporáneo”²⁵. Myrian González, como relatora de las diferentes sesiones, elabora en este capítulo final una recopilación de los planteamientos más trascendentes expuestos por los/as disertantes remitiéndose a: las desigualdades económicas y la protección social desde una perspectiva de género; la apropiación y la distribución desigual de la tierra en el Paraguay, y el impacto de los cambios en los modelos de producción agrícola y ganadera en las últimas décadas en consonancia con las transformaciones urbanas más relevantes que ha experimentado el país.

25 Coorganizado por el Centro de Documentación y Estudios y la Dirección de Postgrado de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la coordinación científica de Paloma Rodero e Iván Merino. www.saludurbanapy.org

Bibliografía

- Abadía, C., Góngora, A., Melo, M. y Platarrueda, C. (ed.) (2013). *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES). Grupo de Antropología Médica Crítica. Ediciones Desde Abajo.
- Aguirre, G. (1955). *Programa de salud en la situación intercultural*. México: Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica (re-editado en 1994).
- Almeida Filho, N. (2007). “Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo”, *Salud Colectiva*, vol. 3 (3), pp. 229-233.
- Álvarez Leguizamón, S. (comp.) (2005). *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y El Caribe: estructuras, discursos y actores*. Buenos Aires: CLACSO.
- Alves, P. C. (2015). “Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença”, *Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais*, vol. 42, pp. 21-43.
- Amarilla, D. (2018). *Mujeres ayoreas. De la selva a la ciudad*. Asunción: CEADUC.
- Arenas, P. y Moreno Azorero, R (1977). “Plants of Common Use in Paraguayan Folk Medicine for Regulating Fertility”, *Economic Botany*, vol. 3 (3), pp. 298-301.
- Augé, M. (1984). “Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement”, en Augé, M. y Herzlich, C. (dir.) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives contemporaines.
- Auyero, J. (2001). *La política de los pobres: Las prácticas clientelistas del peronismo*. Buenos Aires: Manantial.
- Auyero, J. y Swistun, D. (2008). *Inflamable. Estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós.
- Banco Mundial (2018). *Paraguay. Invertir en capital humano: una revisión del gasto público y la gestión en los sectores sociales*. World Bank.
- Bartolomeu, L. (1985). “Estrategias adaptativas de los pobres urbanos: el efecto entrópico de la relocalización compulsiva” en Bartolomeu, L. (comp.) *Relocalizados: antropología social de las poblaciones desplazadas*. Buenos Aires: IDES.
- Barúa, A. (2011). *clinitaria. andando, de a chiquito, con la gente. acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Asunción: Cruz Roja Suiza.
- Barúa, A. (2014). *Puto, pyrague, entrenador de guerrilleros*. Tesis de Maestría en Antropología social. Asunción: Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción.
- Baxerres, C. y Simon, E. (2013). “Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds”, *Autrepart*, vol. 63 (1), pp. 3-29.
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Bertoni, M. (1927). *La medicina guaraní. Conocimientos científicos*. Alto Paraná: Imp. y Edición EX-SYLVIS.
- Biehl, J. y Petryna, A. (eds.) (2013). *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- Blázquez, M. y Bolaños, E. (2017). “Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual”, *Salud Colectiva*, vol. 13 (2), pp. 253-265.
- Bogado, M. (2012). *Representaciones y prácticas de salud en dos comunidades mbya guaraní de Caazapá*. Asunción: AGR S.A. Servicios Gráficos.
- Bolívar, T. y Erazo, J. (coord.) (2014). *Los lugares del hábitat y la inclusión*. Quito: FLACSO Ecuador. CLACSO. MIDUVI.
- Bourdieu, P. (2003 [1997]). *Méditations Pascaliennes*. Paris: Editions du Seuil.
- Bourgois, P. (2010). “Recognizing Invisible Violence: A Thirty-Year Ethnographic Retrospective», en Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. y Farmer, P. (eds.) *Global Health in Times of Violence*. Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.
- Breuer, N. (2007). “The role of medicinal plants in rural Paraguayan livelihoods”, *Suplemento Antropológico* vol. 42 (2). Asunción: Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción. pp. 1-160.
- Browner, C.H. y Sargent, C.F. (eds.) (2011). *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*. Duke University Press.
- Cadogan, L. (1948). “Nociones de medicina mbyá guaraní”. *Revista guarania*, vol. 1.
- Cadogan, L. (1957). *Apuntes de Medicina popular guaireña*. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos del Paraguay.
- Caldeira, T. (2016). “Peripheral Urbanization: Autoconstruction, Transversal Logics, and Politics in Cities of the Global South”, *Environment and Planning D: Society and Space*, vol. 35 (1), pp. 3-20.
- Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Carman, M., Vieira da Cunha, N. y Segura, R. (2014). *Segregación y diferencia en la ciudad*. Quito: FLACSO. CLACSO. MIDUVI.
- Carrión, F. y Erazo, J. (2016). *El derecho a la ciudad en América Latina: visiones desde la política*. México: UNAM-CLACSO.
- Cimadamore, A. y Cattani, A. (coord.) (2009). *Producción de pobreza y desigualdad en América Latina*. Bogotá: CLACSO y Siglo del Hombre Editores.
- Comelles, J. M. (2000). “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual”. *Trabajo social y salud*, vol. 35, pp. 151-172.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016). *Panorama Social de América Latina 2015*. Santiago: ONU.
- Citro, S. (coord.) (2010). *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Citro, S., Bizerril, J. y Mennelli, Y. (2015). *Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas*. Buenos Aires: Biblos.
- Colombres, A. (ed.) (1975). *Proyecto Marandú: Por la liberación del indígena*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Comelles, J. M. y Martínez, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Csordas, T. (1994). *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T. y Kleinman, A. (1996). "The Therapeutic Process" en Sargent, C. y Johnson, T. (eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport y London: Praeger Publishers.
- Chamorro, G. (2009). *Decir el cuerpo: historia y etnografía del cuerpo en los pueblos guaraní*. Asunción: Tiempo de Historia y Fondec.
- Chase-Sardi, M. (1977). "El Uso Mágico-religioso y medicinal de algunas solanáceas en la Cultura Nivaklé", *Simposio Internazionale sulla medicina indigena e popolare dell' América Latina*. Roma: Instituto Italo-Americano.
- Chase-Sardi, M. (1992). *El precio de la sangre. Tüguy Ñeë Repy. Estudio de la Cultura y el Control social entre los Avá Guaraní*. Asunción: CEADUC.
- Chase-Sardi, M. (2003). ¡Palavai Nu! Etnografía Nivacle. Tomo I y II. Asunción: CEADUC.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.
- Das, V. y Han, C. (eds.) (2016). *Living and Dying in the Contemporary World: A Compendium*. Oakland: University of California Press.
- Desclaux A. y Lévy J.J. (2003). "Présentation: cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?", *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27 (2), pp. 5-21.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015). *Encuesta Permanente de Hogares 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018). *Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- Di Virgilio, M. y Perelman, M. (2014). *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia*. Buenos Aires: CLACSO.
- Épele, M. (2017) "Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas", *Salud colectiva*, vol. 13 (3), pp. 359-373.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2006). "El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", *Salud Colectiva*, vol. 2 (1), pp. 9-20.
- Esteban, M. L., Comelles J. M., y Díez, M. (eds.) (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Fabrega, H. (1978). "Part One: Ethnomedicine and medical science", *Medical Anthropology*, vol. 2 (2), pp. 11-24.
- Falabella, F., Augsten, E., Recalde, L., Orué, A. (2017). *Mujeres Trans y Ciudadanía Sexual en Paraguay. Derechos de salud y educación*. Asunción: Arandurá.
- Farmer, P. (1990). "Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing concepts of AIDS in Rural Haiti", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 4, (1), pp. 6-27.

- Farmer, P. (2001). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2004). "An Anthropology of Structural Violence", *Current Anthropology*, vol. 45 (3), pp. 305-325.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris: PUF.
- Fassin, D. (2000). "Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé", *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24 (1), pp. 95-116.
- Fassin, D. (2005). *Faire de la santé publique*. Rennes: Éditions de l'École nationale de la santé publique.
- Fassin, D. (2009). "Another Politics of Life is Possible", *Theory, Culture & Society*, vol. 26 (5), pp. 44-60.
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Sex/Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge.
- Fernández, P., Rodero, P. y Merino, I. (en prensa). "Prevalencias dermatológicas en la población infantil de la periferia sur de Asunción (Paraguay)".
- Flanagan, S. (2012). "Here in Paraguay we have to sacrifice so much to get anything". *Perceptions of Health and Healthcare Services among Subsistence farmers in Paraguay*. Ontario (Canadá): The University of Guelph.
- Foucault, M. (1994 [1976]). *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004a [1975]). *Surveiller et Punir: Naissance de la prison*. Paris. Gallimard.
- Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire et population. Cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris: Gallimard.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", *Desacatos*, vol. 20, pp. 9-28.
- Gago, V. (2014). *La razón neoliberal: economías barrocas y pragmática popular*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Giménez, E., Rodríguez, J. C., Ocampos, G., Flores, L. (2017). "Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay", *Memorias del Instituto de investigaciones Científicas en Salud*, vol. 15 (3), pp. 64-72.
- Gledhill, J. (2016). *La nueva guerra contra los pobres: la producción de inseguridad en Latinoamérica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Goffman, E. (2001 [1961]). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Montes, S. (coord.) (1993). *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. México: Colegio de México.
- González Montes, S. (comp.) (1995). *Las mujeres y la salud*. México: Colegio de México.
- Good, B. (1977). "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, pp. 25-58.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Good, B. y DelVecchio, M. J. (1981). "The Semantics of Medical Discourse" en Mendelsohn, E. y Elkana, Y. (eds.) *Sciences and Cultures. Sociology of the Sciences*, vol. V, pp. 177-212.
- Grimberg, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Haro, A. (2000). "Cuidados profanos una dimensión ambigua en la atención de la salud" en Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (eds.) *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Hirsch, S. (2016). "Moa, inyecciones y pastillas. Prácticas y significados en torno a los medicamentos en comunidades guaraníes del norte argentino" en Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (eds.) *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. CABA: UNAM EDITA.
- Holston, J. (2013). *Cidadania insurgente. Disjunções da democracia e da modernidade no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ibarra de Terol, L. y Servín, J. (2008). "El caso de los Ayoreo Totobiegosode en el Chaco Paraguayo". *El derecho a la salud de los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial. Ponencias Presentadas en la Reunión Internacional en Quito, Ecuador 19-20 de octubre de 2007*. Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA).
- Inhorn, M. (2006). "Defining women's health: A dozen messages from more than 150 ethnographies", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 20 (3), pp. 345-378.
- Inhorn, M. y Wentzell, E. (eds.) (2012). *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms and Futures*. Duke University Press.
- Janzen, J. M. (1995 [1977]). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala.
- Kleinman, A. (1978). "Concepts and a model for the comparison of medical systems", *Social science & medicine*, vol. 12 (26), pp. 85-93.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives*. Nueva York: Basic Books.
- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (eds.) (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kujawska, M. (2016). "Forms of medical pluralism among the Polish Community in Misiones, Argentina" *Anthropology & Medicine*, pp.1-15.
- Leslie, C. (1976). "Introduction" en Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems*. Berkeley: University of California Press.
- Leslie, C. ([1978] 1980). "Medical Pluralism in World Perspective", *Social Science and Medicine*, vol. 14b, pp. 191-195.
- Lock, M. y Nguyen, V.K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lock, M. y Nichter, M. (2002). *New Horizons in Medical anthropology. Essay in honour of Charles Leslie*. Londres: Routledge.

- Lomnitz, L. (1973). "Supervivencia en una barriada de la Ciudad de México", *Demografía y Economía* VII (1), pp. 58-85. México D.F.: Colegio de México.
- Lomnitz, L. (1975). *Como sobreviven los marginados*. México. Siglo XXI Editores.
- Macías Richard, C. (2010). "Respuestas institucionales y corporativas a la pandemia de 2009: América Latina ante los actores multinacionales en la producción de medicamentos", *Desacatos*, vol. 32, pp. 63-88.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mascia-Lees, F. E. (ed.) (2011). *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Massé, R. (1995). *Culture et Santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal-Paris: Gaëtan Morin, Éditeur,
- Margulies, S. (2014). *La atención médica del VIH-SIDA. Un estudio de antropología de la medicina*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- Meloni, M., Cromby, J., Fitzgerald, D., Lloyd, S. (eds.) (2018). *The Palgrave Handbook of Biology and Society*. UK: Palgrave Macmillan.
- Meltraux, A. (1973 [1936]). *Religión y Magina Indígenas de América del Sur*. Madrid: Editorial Aguilar.
- Meltraux, A. (1996). *Etnografía del Chaco*. Asunción: El Lector.
- Menéndez, E. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en Basaglia, F. (comp.) *La salud de los trabajadores*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata 86, CIESAS.
- Menéndez, E. (1992). "Achiqemos el Estado mientras la muerte está" en Alonso, J. (ed.) *El nuevo Estado mexicano*. México: Nueva Imagen, t. IV.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4 (7), pp. 71-83.
- Menéndez, E. (1996). "El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular", en González, J. A. y Rodríguez, S. (eds.) *Creer y curar: la medicina popular*. Diputación Provincial de Granada.
- Menéndez, E. (1997). "Editorial", *Nueva antropología*, vol. XVI (52). México.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1). Río de Janeiro. pp. 185-207.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2017). "Antropología de la Salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias", *Salud colectiva*, vol. 13 (3), pp. 353-357.

- Menéndez, E. y Di Pardo, R. B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes de atención primaria y procesos de alcoholización*. México: CIESAS.
- Monreal, P. (1996). *Antropología y pobreza urbana*. Madrid: Los Libros de La Catarata.
- Moreno, R. et al. (2004). *Plantas Medicinales del Paraguay*. Asunción: CEADUC.
- Mozo, C. (2013). “Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud”, *Revista andaluza de antropología*, vol. 5. pp. 1-11.
- Nading, A. M. (2013). “Human, animals, and health: from ecology to entanglement”, *Environment and Society*, vol. 4 (11), pp. 60-78.
- Narotzky, S. y Besnier, N. (2014). “Crisis, Value, and Hope: Rethinking the Economy”, *Current Anthropology*, vol. 55 (S9), pp. 4-16.
- Nichter, M. (2003). “Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition” en Nichter, M. (eds.) *Anthropology and international health: Asian case studies*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- OMS (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2012). *Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS.
- OPS (2017). *Salud en las Américas+. Edición 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*, Washington, D.C.: OPS.
- OPS (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Perdiguero, E. (2006). “Una reflexión sobre el pluralismo médico” en Fernández, G. (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Perdiguero, E. (2009). “Sobre el pluralismo asistencial” en Comelles, J. M., Martorell, M. A y Bernal, M. (eds.) *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria.
- Pérez-Maricevich, B. R. (1972). “La Medicina Empírica en el Paraguay”, *Suplemento Antropológico* vol. 7 (1-2), pp. 21-74.
- Perlman, J. (1976). *The Myth of Marginality: Urban Poverty and Politics in Rio de Janeiro*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Perlman, J. (2010). *Favela: Four Decades of Living on the Edge in Rio de Janeiro*. Oxford: Oxford University Press.
- Petryna, A., Lakoff, A. y Kleinman, A. (eds.) (2006). *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- Pizza, G. (2005). “Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, ‘capacidad de actuar’ (agency) y transformaciones de la persona”, *Revista de Antropología Social*, vol. 14.

- Ramírez-Goicoechea, E. (2013). "Life-in-the-making: epigenesis, biocultural environments and human becomings" en Ingold, T. y Pálsson, G. (eds.) *Biosocial becomings: integrating social and biological anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reed, R. K. (1996). "Medicina, Land Loss, and the Guarani", *Anthropological Quarterly*, vol. 69 (3), pp. 158-161.
- Reygadas, L. (2008). *La apropiación. Destejiendo las redes de la desigualdad*. Barcelona y México: Antropos.
- Ribeiro, G. L. y Escobar, A. (eds.) (2009). *Antropologías del mundo. Transformaciones disciplinarias dentro de sistemas de poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Universidad Iberoamericana. Enviación.
- Rivarola, M. et al. (2018). *Fiscalidad para la Equidad Social*. Asunción: Decidamos y CADEP.
- Roberts, E. (2016). "When nature/culture implodes. Feminist anthropology and biotechnology" en Lewin, E. y Silverstein, L. (eds.) *Mapping feminist anthropology in the twenty-first Century*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Rodero, P., Fernández, P. y Merino, I. (en prensa). "Enfermedades dermatológicas y condiciones socioeconómicas y ambientales en la población de un asentamiento urbano precario de la capital del Paraguay".
- Rodríguez, S. (1983). "Medicina indígena, Medicina Folklórica y Medicina Científica". *Suplemento Antropológico*, vol. 18 (1).
- Rodríguez, S. (2009). *Antropología cultural aplicada a las Ciencias de la Salud*. Asunción: CEADUC.
- Romaní, O. (coord.) (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV (Universitat Rovira i Virgili).
- Roy, A. (2011). "Slumdog Cities: Rethinking Subaltern Urbanism", *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 35 (2), pp. 223-238.
- Roy, A. y Shaw Crane, E. (eds.) (2015). *Territories of Poverty: Rethinking North and South*. Athens, Ga.: University of Georgia Press.
- Sadler, M. Acuña, M.E. y Obach, A. (2004). *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad.
- Saillant, F. y Genest, S. (2005). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, defies globaux*. Quebec: Les Presses de l'Université Laval.
- Sánchez, G. y Abadía, C. (2012). "Epidemiología y antropología: una propuesta frente a problemas complejos en salud pública", *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 60 (3), pp. 247-251.
- Scheper-Hughes, N. (1990). "Three propositions for a critically applied medical anthropology", *Social Science & Medicine*, vol. 30 (2), pp. 189-197.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). “The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly* (New Series), vol. 1
- Schmeda-Hirschmann, G. y Bordas, E. (1990). “Paraguayan medicinal compositae”, *Journal Ethnopharmacol*, vol. 28 (2), pp. 163-171.
- Segura, R. (2014). “El espacio urbano y la (re)producción de desigualdades sociales. Desacoples entre distribución del ingreso y patrones de urbanización en ciudades latinoamericanas”, *Working Paper Series*, vol. 65, pp. 1- 31. desiguALdades.net
- Serafini, V. (2016). *Paraguay: Inversión en protección social no contributiva. Avances y desafíos una década después*. Asunción: CADEP.
- Singer, M. (1990). “Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment”, *Social Science and Medecine*, vol. 30 (2), pp. 179-187.
- Singer, M. y Erickson, P. (eds.) (2011). *The Companion to Medical Anthropology*. Wiley-Blackwell.
- Singer, M (ed.) (2016). *A Companion to the Anthropology of Environmental Health*. UK: John Wiley & Sons, Inc.
- Susnik, B. (1973). *Etnografía Paraguaya (1ª parte)*. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero.
- Susnik, B. (1983). *Los Aborígenes del Paraguay. Ciclo vital y Estructura*. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero.
- Tsing, A., Swanson, H. A., Gan, E. y Bubandt, N. (eds.) (2017). *Arts of Living on a Damaged Planet. Ghosts and Monsters of the Anthropocene*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Ulloa, A. (2017). “Dinámicas ambientales y extractivas en el siglo XXI: ¿es la época del Antropoceno o del Capitaloceno en Latinoamérica?”, *Desacatos*, vol. 54, pp. 58-73.
- Van der Geest, S., White, S. y Hardon, A. (1996). “The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 25, pp. 153-178.
- Van der Geest, S., Kinsman, J. y Hardon, A. (2010). “La chaîne des médicaments en tant que phénomène multineveau: le cas des médicaments antirétroviraux” en Garnier, C. y Saives, A. L. (dir.) *Turbulences dans la chaîne des médicaments*. Montreal: Les éditions Liber.
- Van der Geest, S. (2012). “Intérêt de la perspective multi-niveaux en anthropologie du médicament”, *Ethnopharmacologia*, vol. 48, pp. 7-13.
- Viveros Vigoya, M. (2016). “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Debate Feminista*, vol. 52, pp. 1-17.
- Young, A. (1982). “The Anthropologies of Illness and Sickness”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, pp. 257-285.
- Zanardini, J. (comp.) (2003). *Cultura del pueblo ayoreo. Manual para los docentes*. Asunción: Editora Litocolor.

**Procesos de salud,
enfermedad y atención en
las familias de la periferia sur
de Asunción. Miradas desde la
antropología de la salud urbana***

Paloma Rodero e Iván Merino



* Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación "Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción" (14-INV-236) financiado por el CONACYT Paraguay a través del Programa PROCENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEI del FONACIDE.

1 | Introducción

La realidad social paraguaya ha estado marcada en las últimas décadas por un disímil y acelerado proceso de urbanización, cuyos efectos combinados con su singular trayectoria histórica han definido el escenario contemporáneo de desigualdades del país.

Estos procesos se han expresado de forma preeminente en la configuración de las periferias precarias de la ciudad de Asunción en las que se ubican una parte destacada de las familias urbanas empobrecidas. Las múltiples inequidades, en sus diversas formas y dimensiones, son padecidas en la vida cotidiana y reflejan particularmente la desigual y diferencial relación respecto al vivir, enfermar y morir de los/as habitantes de estos territorios¹. Uno de los factores que incide más decisivamente en la persistencia y agudización de las desigualdades sociales en el ámbito urbano es el impacto que producen las paradójicas políticas de (des)protección social² en salud de larga data, situación que se manifiesta contundentemente en las trayectorias vitales de las familias ciudadanas de los márgenes de la capital del Paraguay³.

Tomando en cuenta la trama histórica de las entrelazadas desigualdades territoriales, sociales, de salud y de género que han configurado la formación social paraguaya, el estudio que presentamos en este capítulo tiene como propósito analizar las dimensiones que constituyen y afectan los procesos de salud, enfermedad y atención de diferentes familias que habitan la periferia de Asunción, prestando especial énfasis al colectivo de las mujeres y la población infantil. Específicamente, esta investigación ha tenido por objetivo comprender cómo las familias del Bañado Sur resuelven sus problemas de salud, recurriendo a una pluralidad de sistemas de atención, con es-

1 Ver Fassin (2000; 2009), Das y Han (2016).

2 En Verónica Serafini y Claudina Zavattiero (2018: 82) “la protección social es definida como un conjunto de políticas [...] con las que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias enfrentadas por las personas a lo largo de su vida, que pueden afectar su salud, trabajo y la calidad de vida. Constituye un derecho fundamental para el logro de la autonomía y el pleno ejercicio de otros derechos”. Para una revisión sobre las políticas y sistemas de protección social desde una perspectiva basada en derechos ver en el contexto internacional (Aspalter, 2017) y en América Latina (Giraldo, 2007; Lautier, 2006, 2012; Fleury, 2017).

3 Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2016 el 72,1% de la población ocupada urbana mayor de edad del país queda fuera de la cobertura de protección social del IPS (Instituto de Previsión Social). Entre los tres deciles de la población urbana de menores ingresos los niveles de desprotección son del 81,5%, 85,3% y del 93,2% (Serafini, 2017). Según la EPH 2014, el gasto de bolsillo en salud en Paraguay promedio era 87,9 USD (4.500Gs/USD para el año 2014). Éste representaba para los dos quintiles más pobres un 10,4% y un 7,6% de sus ingresos trimestrales. Concentrándose el gasto de bolsillo (en el caso del primer quintil) principalmente en los medicamentos (53,5%), las pruebas de laboratorio y estudios diagnósticos (17,3%) y el transporte (13,6%). Además, el porcentaje de personas en Paraguay con riesgo de sufrir gasto catastrófico y empobrecimiento endeudamiento por atención quirúrgica era del 63,2% y 59,4% respectivamente (Benítez, 2017).

pecial interés en lo que ellas consideran importante, en un contexto marcado por la precariedad, las múltiples exposiciones y la desprotección social.

Esta investigación se enmarca en el campo de estudio de la antropología de la salud⁴, que remite a la complejidad, relacionalidad e historicidad de los procesos de salud, enfermedad y atención, entendiendo por éstos las formas en que las personas en diferentes sociedades viven, representan y afrontan la enfermedad, los padecimientos, la salud y la muerte. Desde esta aproximación se busca entender cómo la experiencia de la salud y la enfermedad se imbrica con distintos procesos biosociales, culturales, políticos, tecnológicos y ambientales históricamente situados (Menéndez, 2009; Singer y Erickson, 2011; Martínez, 2008).

De forma más específica, este trabajo se ha centrado en el estudio de la experiencia social de la enfermedad (Menéndez, 2003; Grimberg, 2009), que busca explorar las condiciones concretas en las que las personas vivencian la salud y la enfermedad, siendo ésta considerada profundamente inmersa en la vida cotidiana y material (Das, 2015) y puesta en relación con diferentes formaciones sociales, políticas y tecnologías en salud que la conforman (Saillant y Genest, 2005; Biehl y Petryna, 2013; Das y Han, 2016).

Este estudio se ha valido de las herramientas teórico-metodológicas de los itinerarios terapéuticos y el pluralismo asistencial para estudiar el proceso transitado por las personas y familias para (auto)diagnosticar y (auto)tratar la enfermedad, el cual atraviesa múltiples esferas de la vida familiar, el vecindario, lo laboral y los diferentes sistemas de atención, concentrándose especialmente en el análisis del impacto que tiene la enfermedad en la propia trayectoria vital de la persona modificando sus formas de vida, sus condiciones socioeconómicas, así como su red social y de apoyo (Menéndez, 2009; Perdiguero, 2006). Entendemos por pluralismo médico o asistencial, la coexistencia en una sociedad dada de múltiples y diversas instancias asistenciales y terapéuticas reconocidas y no oficialmente, que son utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud (Perdiguero, 2009; Menéndez, 2003)⁵.

Este capítulo está estructurado en seis partes. En un primer momento, con el propósito de ofrecer un trasfondo general de análisis, iniciamos con una breve aproxima-

4 Para una revisión más exhaustiva de las propuestas teórico-metodológicas del campo de la antropología de la salud movilizadas en esta investigación remitimos al capítulo de introducción de esta obra “Introducción: Desigualdades y salud urbana en el Paraguay. Aperturas antropológicas y colaboraciones interdisciplinarias” (Rodero y Merino, 2018).

5 Según Eduardo Menéndez (2018), coexisten diferentes formas de atención a las enfermedades en las que la biomedicina constituye la forma hegemónica en constante proceso de expansión. Las principales formas de atención que operan son: a) biomédicas, b) medicina tradicional, c) medicinas alternativas o paralelas, d) devinadas de tradiciones académicas no occidentales y e) la *autoatención*.

ción a la historicidad de la urbanización de la periferia de la capital del Paraguay, de “los Bañados” de Asunción, territorios donde se ha desarrollado el trabajo de campo de este estudio y en el cual se ha asentado, en las últimas décadas, la población más empobrecida de la ciudad.

Continuamos con un sintético recorrido de contextualización por los principales momentos históricos que han definido la política de salud paraguaya para entender su singular configuración como un sistema de salud segmentado, fragmentado y de (des) protección. En este apartado, así mismo, recogemos algunos cambios significativos que ha comportado la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en Paraguay, cuyo desarrollo germinó hace una década en los bañados asuncenos.

En una tercera parte, describimos el abordaje metodológico de nuestro estudio y su localización específica en el Bañado Sur de la ciudad de Asunción. Posteriormente, realizamos una caracterización de las condiciones socioeconómicas, habitacionales y epidemiológicas de las 24 familias que han formado parte de nuestra investigación. Este apartado nos permite aproximarnos a una cartografía inicial acerca de varios aspectos particulares imbricados en los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias bañadenses.

En un cuarto momento, describimos los diferentes dispositivos de atención en salud coexistentes, a los que habitualmente recurren las familias de este territorio, que definen las distintas redes de pluralismo asistencial. Esta sección concluye con un análisis sintetizado de las principales transformaciones de la experiencia de los/as profesionales de las unidades de salud familiar locales desde su incorporación hace diez años.

A continuación, presentamos los itinerarios de salud de nueve familias que ilustran múltiples dimensiones y formas de los procesos de salud, enfermedad y atención. Para ello, hemos restituido los recorridos de salud que han transitado estas familias en situación de precariedad. En ellos hemos analizado la experiencia de los padecimientos y malestares, las trayectorias de (des)atención, y los usos y apropiaciones de las tecnologías de salud, particularmente de los medicamentos que las familias articulan con numerosos remedios naturales.

Para terminar este capítulo, realizamos unas reflexiones finales acerca de varios aspectos destacados de la investigación, a modo de marcar aperturas para seguir enriqueciendo y consolidando el campo de la antropología de la salud urbana en el estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención en contextos persistentes de desigualdad.

2 | La urbanización desigual del Paraguay

La sociedad paraguaya se ha caracterizado por tener una particular formación histórica rural marcada por las herencias de su pasado colonial, el dominio de modos productivos anclados en el comercio exterior extractivo, las repercusiones de la desigual distribución de la tierra en el marco de las secuelas de la Guerra Grande (1865-1870), así como por su posterior dependencia de la geopolítica regional. Estos elementos, unidos al dislocado desarrollo de infraestructuras frágiles de comunicación, han configurado la histórica desigualdad territorial del país (Garavaglia, 1987; Rivarola, 1993; Telesca *et al.*, 2011).

A diferencia de otras ciudades latinoamericanas, que han surgido en relación a procesos de industrialización y una acelerada hiperurbanización en los años cincuenta, el proceso de urbanización en el Paraguay fue tardío, iniciándose gradualmente a partir de la década de los sesenta. Éste se generó asociado a las dinámicas internas migratorias que se intensificaron con el desarrollo de diferentes mega-proyectos e infraestructuras, el despliegue de la especulación inmobiliaria, la incursión y expansión del modelo agroexportador, el auge de una economía de servicios hipertrofiada e informal y la difusión de un urbanismo dispersivo no planificado (Morínigo, 1991; Vázquez, 2006; Cristaldo y Silvero, 2010).

En las últimas décadas, este proceso de urbanización se ha distinguido a su vez por la rápida difusión de nuevos centros metropolitanos en las principales urbes del país (Asunción, Ciudad del Este y Encarnación), el apogeo de emergentes ciudades fronterizas e intermedias, la visibilización creciente de la degradación ambiental, así como por la marcada agudización de las desigualdades y el empobrecimiento de poblaciones de origen rural y urbano situadas mayoritariamente en los asentamientos de las periferias y bordes inundables de las ciudades (Causarano, 2006; Vázquez y Goetz, 2014; Galeano Monti, 2017). Estos escenarios, donde se entrecruzan las dinámicas globales y de metropolización de la región, han sido determinantes en la generación de amplias transformaciones del territorio definiendo los ordenamientos urbanos (desiguales, fragmentados y polarizados) y la particular estructura social paraguaya actual (Flores, 2015; Ortiz, 2016).

2.1 | Paraguay y las desigualdades urbanas

En Paraguay, como resultado de su diferido pero acelerado proceso de urbanización, en las últimas décadas, predomina la población residente en áreas urbanas

respecto a las áreas rurales, con indicadores del 60%⁶ frente al 40% respectivamente. Esta tendencia se confirmó a inicios de los años noventa al superar el 50% la población citadina, momento que dio paso a una inédita transición urbana en un contexto definido por una población mayoritariamente rural hasta los años ochenta⁷.

Esta urbanización se concentró históricamente de manera desigual en el territorio nacional, siendo el Departamento Central el más poblado del país, aglutinando en la actualidad junto a la ciudad de Asunción a más del 37% de la población total del país, es decir, unos 2.500.000 habitantes, que comprende el 65% de la población urbana total del Paraguay (DGEEC, 2015).

En relación a la estructura social, en los últimos años, en el Paraguay se ha dado una permanente paradoja entre su modelo de desarrollo y las condiciones de vida de su población. El país ha experimentado niveles de crecimiento económico elevados en la región (con un promedio anual del 4,5%⁸) al mismo tiempo que ha mantenido altos rangos de desigualdad⁹ y pobreza¹⁰ (CEPAL, 2016). Según la Encuesta Permanente de Hogares del año 2016¹¹ la población paraguaya en situación de pobreza representaba un 28,86%¹², alcanzando a cerca de 1.900.000 personas, comprendiendo en el área urbana un 21,94% (904.763 personas) y en el área rural un 39,72% (1.044.509 personas).

6 DGEEC (2016) *Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Edad y Sexo 2000-2025. Revisión 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

7 Con el 57% de la población viviendo en el área rural respecto al 43% en el área urbana, según datos del *Censo Nacional de Población* del año 1982.

8 Entre los años 2004 y 2017, una de las tasas más elevadas en la región (Banco Mundial, 2018).

9 Según la CEPAL (2016), la desigualdad en Paraguay entre 2010 y 2014 aumentó en el coeficiente de Gini de 0,533 a 0,536 (p.50). Paraguay, era en el año 2014 después de Brasil, el segundo país de América del sur con mayores niveles de desigualdad.

10 Según datos nacionales de la DGEEC de la EPH 2015 el coeficiente de desigualdad Gini entre los años 2010 y 2015 había descendido del 0,512 al 0,471. No obstante, se afirmaba que la desigualdad seguía teniendo una incidencia marcada. La diferencia entre el quintil más pobre y el más rico continuaba siendo aguda. El 40% más pobre disponía del 12,5% de los ingresos, mientras el 10% más rico concentraba el 37,1% de los ingresos.

11 Año en el que se inició esta investigación.

12 La DGEEC define como población pobre a aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de ingresos es inferior al costo de una *Canasta Básica de Consumo* constituida por el conjunto de bienes y servicios que satisfacen ciertos requerimientos mínimos, tanto alimentarios como no alimentarios. El costo de esta Canasta Básica de Consumo se denomina *Línea de Pobreza Total* (LPT). La Línea de Pobreza Total (LPT) se construye estimando primero el costo de una canasta básica de alimentos cuyo contenido calórico y proteico satisfaga los requerimientos nutricionales mínimos de la población y luego se le añade el costo de la canasta básica no alimentaria, compuesta por otros bienes y servicios esenciales, relacionados con la vivienda, vestido, educación, entre otros. El costo mensual por persona de la canasta básica de alimentos se denomina *Línea de Pobreza Extrema* (LPE). Se define como población en pobreza extrema al conjunto de personas que viven en hogares cuyos ingresos per cápita son inferiores al costo de una Canasta Básica de Alimentos. Según el boletín de *Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso* de la DGEEC (2018a) publicado en marzo 2018,

Respecto a su distribución territorial, los datos revelaban que la proporción de población empobrecida según dominio geográfico era del 27,30% en el área urbana de Asunción y Central. Específicamente, cerca de un 16,06% de la población urbana de Asunción y su área metropolitana, unas 418.900 mil personas viven en situación de pobreza, de las cuales 114.433 personas soportan condiciones de pobreza extrema representado un 4,39% de la población¹³.

Particularmente, en la ciudad de Asunción, desde los años 50, distintas familias en situación de precariedad se fueron instalando paulatinamente en los márgenes de la ciudad, en las áreas situadas al borde del río Paraguay conocidas más comúnmente como “los Bañados de Asunción”, donde hoy vive aproximadamente un 20% de la población de la ciudad, unas 26.000 familias, alrededor de 100.000 personas¹⁴. En este territorio costero de unas 2 mil hectáreas que abarca unos 18 km de longitud¹⁵, atravesado por arroyos y lagunas, se distinguen comúnmente a lo largo de la ribera cuatro zonas, al norte: La Chacarita y Bañado Norte; al sur de la ciudad: Bañado Tacumbú y Bañado Sur (Imás, 1993; Canese, 2015).

2.2 | Historia de los territorios periféricos autoconstruidos de la capital

La existencia de los Bañados no es un fenómeno urbano nuevo en la capital paraguaya, éstos comenzaron a poblarse desde tiempos de la colonia albergando a la población más desposeída en el centro histórico de la ciudad. El poblamiento de los bajos o bañados asuncenos toma su origen en los barrancos y arrabales de la Asunción colonial habitada por la población indígena, mestiza y afro empobrecida. Área donde se extendía la ciudad con las tierras de vocación rural donde se localizaban las “chacras” o “chacritas” de cuya denominación deriva el nombre del barrio asunceno La Chacarita (Perasso, 1987; Laterza, 2017).

La historia del poblamiento del territorio contemporáneo de los Bañados de Asunción se conforma progresivamente en relación a diferentes y significativos procesos sociopolíticos y económicos del país. Para finales de la década de los treinta, en las actuales tierras de los bañados fueron llegando algunos soldados de origen campesino

el costo mensual por persona de una canasta de alimentos o Línea de Pobreza Extrema en el área urbana era de 256.881 guaraníes (~44 USD) mensuales por persona, y para la Línea de pobreza 664.297 guaraníes (~113 USD) mensuales por persona. Cambio de moneda aplicado 1 USD=5.900 guaraníes para el año 2018.

13 DGEEC (2015a) *Encuesta Permanente de Hogares 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

14 Municipalidad de Asunción www.asuncion.gov.py. Según las organizaciones sociales locales estiman alrededor de 120.000 habitantes actualmente.

15 Con una franja de tierra de anchura variable entre 0,5 km a 2 km.

que no retornaron a sus valles tras la Guerra del Chaco (1932-1935) (Laterza, 2017). Más tarde, en los años cincuenta, en el contexto del régimen stronista, se origina un nuevo flujo migratorio hacia el área metropolitana de la capital derivado del agotamiento de la producción yerbatera, forestal y del tanino sustituida por el surgimiento de un modelo de producción extensivo. Un contingente de esta población desplazada desde diferentes áreas del país se va instalando gradualmente en los bañados asuncenos, donde convivía la actividad pesquera con una economía popular de subsistencia denominada “contrabando hormiga” de compra-venta de mercancías de consumo, entre las ciudades fronterizas de Asunción y la argentina Clorinda (Perrotta y Navarro, 2003).

Durante los años setenta, concurre una doble dinámica, por un lado, el sector minifundiaro campesino entra en crisis derivado de la baja rentabilidad de los monocultivos como el del algodón y una progresiva parcialización de tierras. Por otra parte, se introducen nuevas leyes que favorecen el fomento y las inversiones extranjeras. Este hecho, sumado a la construcción de la hidroeléctrica Itaipú, introduce un importante flujo de divisas en el país, permitiendo una dinamización acelerada de la economía, particularmente del sector de la construcción, que atrajo a numerosa mano de obra de origen campesino a las principales ciudades del país, especialmente a la ciudad de Asunción. La inversión de este capital se focalizó fundamentalmente en el ámbito privado, comercial y residencial. A ello se añadió la creación de instituciones públicas para la vivienda que priorizaron el acceso de sectores medios y altos, dejando postergados a los más empobrecidos. Estas transformaciones no se vieron acompañadas de una proporcional política pública de vivienda social, situación que fue configurando el marcado panorama de déficit habitacional de la zona metropolitana y la capital del país (Morínigo y Boh, 1984; Morínigo y Boh, 1989).

En esta coyuntura, el precio y la venta de las tierras y viviendas urbanas se convirtieron en bienes de especulación inmobiliaria por parte de los nuevos sectores económicos emergentes, originando dinámicas de expulsión de pobladores/as hacia los terrenos más anegados de la ciudad. Particularmente, ello afectó a aquellos/as que no pudieron acceder a los títulos de propiedad de las tierras donde sus familias habían vivido por décadas. El proceso de urbanización que supuso la expansión de servicios básicos (agua corriente, energía eléctrica, alcantarillado, etc.) y pavimentación (re) forzó a su vez la expulsión de familias que no pudieron sufragar los gastos que contraían las obras, viéndose igualmente obligadas a vender sus bienes y buscar lugar en las zonas ribereñas de Asunción, constituyéndose éstos en un nuevo grupo de pobladores/as (Morínigo y Boh, 1989; Morínigo, 1991; Perrotta y Navarro, 2003).

El inicio de los años ochenta viene acompañado de la crisis económica como consecuencia del final de la construcción de la Itaipú, que trae consigo el desvanecimiento de la ilusión del progreso. En este contexto de recesión, las ciudades dejan de ser un destino garantizado de empleo. Al mismo tiempo, la producción minifundaria sigue descendiendo y degradándose, hecho que provoca progresivamente el desplazamiento de familias de origen campesino a la ciudad, población empobrecida que en su llegada, ante la falta de oportunidades y escasez de recursos, termina instalándose en los bajos de la capital (Morínigo, 1991; Perrotta y Navarro, 2003).

Durante estos años, la realidad social de las riberas de Asunción cobra visibilidad por el impacto de la crecida extraordinaria del río Paraguay sobre las áreas de los bañados en el año 1979 y especialmente en el 1983 alcanzando su pico máximo en 9,01 m, provocando la inundación de casi la totalidad de sus tierras. Emerge entonces, la categoría de “damnificados” e “inundados” para referirse a los/as pobladores/as de los bañados que se ven obligados a instalarse de forma precaria en las plazas y calles de la ciudad (ENPS, 1984; EAPS, 1986; Suárez y Rabey, 1997; Monte Domecq, 2003). Según el censo de familias damnificadas, realizado por el Equipo Nacional de la Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Paraguaya, fueron afectadas por la inundación de sus tierras 34.311 habitantes, unas 6.745 familias de la capital (ENPS, 1984).

Recién a comienzos de los noventa, las principales ciudades paraguayas experimentaron una presión demográfica mayor a las décadas anteriores, expandiéndose la franja metropolitana de Asunción con altos niveles de crecimiento en los municipios que forman el primer y segundo anillo de su conurbano coincidiendo con el surgimiento intensivo de los asentamientos informales de construcción popular (Imás, 1993; Causarano, 2006).

Con la llegada de la democracia, la periferia de la capital se expande de forma notable convirtiéndose los bañados asuncenos en el abrigo y hogar de numerosas familias empobrecidas provenientes del interior del país y otros barrios capitalinos, en un nuevo contexto político de intensos clamores populares y territorios en disputa. Durante este lapso, en el seno de estas periferias de la capital se extiende una desbordante urbanización popular con la autoconstrucción incremental colectiva de viviendas, calles, instalaciones de luz y agua, capillas, puestos de salud y escuelas, etc. Dinámica social que se entrelaza y entra en tensión con diversos procesos de acompañamiento, cooptación y autonomía por parte de organizaciones religiosas y sociales, así como de la política prebendaria tradicional inserta en los barrios. En este período, por parte del gobierno municipal son otorgados permisos de ocupación a los/as moradores/as, acto que legitima para éstos/as su existencia en el territorio en un horizonte de derecho a la ciudad (Coronel, 1994; Imás, 1995; López, 1998).

En la década de los noventa, los bañados de Asunción experimentan momentos críticos con motivo de nuevas crecidas extraordinarias del río Paraguay en los años 1992 y 1997/98. Estos eventos generan una intensa movilización política que pone en relación a pobladores/as con sectores de la sociedad civil, organizaciones religiosas y políticas municipales. Los reclamos surgidos entonces replantean encontrar una solución definitiva a la realidad de los/as pobladores/as, de los territorios ribereños, y/o del ordenamiento urbanístico general de la ciudad, a través de diferentes propuestas de proyectos que se debaten entre la defensa costera y la franja costera (Imás, 1993; Garay, 1997; López, 1997; Cristaldo, 2017). Esta última se materializó en un Plan Maestro a través de la ordenanza municipal 34/96 en el año 1996. Sin embargo, éste no fue implementado, por controversiales posicionamientos e intereses políticos, hasta el año 2010 con la construcción de la Avenida Costanera Norte y el Parque Bicentenario, en medio de permanentes y múltiples cuestionamientos de las organizaciones barriales que refutan los objetivos reales e intereses no inclusivos para el conjunto de la población bañadense en estos planes financiados por la banca multilateral (Canese y Canese, 2016; Pereira, 2018).

Estos años coinciden también con un incremento de la visibilización del deterioro y los conflictos ambientales en el país, asociados a la expansión del modelo de desarrollo económico “desregulado” y, con él, la deforestación y degradación de los territorios. En el área metropolitana de Asunción, ello se cristaliza en una acelerada contaminación del acuífero Patiño, así como de los recursos hídricos que atraviesan la capital y los bañados. Esto se vislumbra, igualmente, en el desafío que supone la gestión de los residuos urbanos sólidos en la capital desde la instalación del vertedero municipal en el área sur de su ribera desde mediados de los ochenta, situación que suscita hasta la actualidad recurrentes controversias ambientales y sociales (Imás, 1993; Facetti, 2002). Para el año 1992, se estima según el Censo Nacional que había 47.159 habitantes en los bañados de Asunción, unas 11.500 familias que representaban el 9,41% de la población total de la ciudad¹⁶.

Los años dos mil confirman la tendencia urbana de la capital y su conurbano, mientras que la población de Asunción se había duplicado entre 1962 y 2002, sus tasas de crecimiento poblacional desde inicios del siglo XXI apenas alcanzaron un 0,74% anual. Los barrios de los Bañados, por su parte, mantuvieron elevados índices de crecimiento, especialmente a partir de la década de los noventa. En contraste con la capital, el AMA (Área metropolitana de Asunción) experimentó en estos mismos

16 En Asunción se calculaba que vivían 500.938 personas, según datos basados en la DGEEC publicados en el Boletín municipal anual de la ciudad de Asunción del año 1993.

años una importante expansión, en tan solo el 0,14% del territorio nacional habitaban 1.504.430 personas (un 29% de la población nacional y un 51% de la población urbana del país). Estos datos señalan que el aumento de población a partir de la década de los noventa se dio de forma más intensa tanto en los Bañados de Asunción como en su área metropolitana. Las periferias urbanas fueron conformándose progresivamente por asentamientos de autoconstrucción popular distinguidas por su situación de informalidad, relegación social, deterioro ambiental y organización comunitaria (Galeano Monti, 2017; STP y Techo Paraguay, 2016). Para el año 2002, la población de los bañados de la capital se elevaba a 94.098 habitantes, unas 21.000 familias, suponiendo el 18,37% de la población total de la capital que se estimaba en 512.112 personas¹⁷.

Entre los factores más destacados en este notable crecimiento poblacional en las áreas de los bañados de la capital cabe mencionar: el crecimiento vegetativo de su población en un espacio urbano donde se estima conviven hasta tres generaciones; la llegada sostenida de población expulsada de otros barrios de la capital y de diferentes regiones del país como consecuencia de la extensión de la frontera agrícola basada en modos productivos anclados al comercio exterior extractivo de la soja y la expansión de la industria ganadera, así como diversas coyunturas marcadas por sucesivas crisis económicas desde comienzos del siglo presente. Estos momentos dispararon los niveles de pobreza y junto a éstos también emergió el estallido de actividades informales de subsistencia y el auge de nuevas migraciones hacia la Argentina y Europa (Boh, 2014; Galeano Monti, 2014; Soto *et al.*, 2012; Halpern, 2016).

En conclusión, la tendencia del empobrecimiento urbano del Paraguay de las últimas décadas está estrechamente relacionada con los efectos del modelo de desarrollo económico, el agravamiento del deterioro ambiental, la especulación inmobiliaria de la tierra urbana, una antagónica política pública, así como con las nuevas modalidades desreguladas de la urbanización dispersiva no planificada de las principales ciudades y áreas metropolitanas del país.

2.3 | Breve caracterización actual de los Bañados de Asunción

En la actualidad, la caracterización demográfica, habitacional y socioeconómica de los territorios de los Bañados de Asunción puede trazarse a partir del análisis de

¹⁷ Según datos del *Atlas de Necesidades Básicas Insatisfechas* del año 2005 de la DGEEC basados en el *Censo Nacional de Población y Viviendas 2002*.

los indicadores de la DGEEC sobre las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)¹⁸ y la estratificación socioeconómica¹⁹ de los barrios de la capital.

Por un lado, cabe mencionar que la distribución poblacional por grandes grupos de edad de esta área de la ciudad muestra la predominancia de una población joven en estos territorios, donde los menores de 15 años representan en los Bañados (el 34,8% de la población en el área sur y 33,2% en el área norte)²⁰, una proporción mayor a la del conjunto de la capital (25,2%)²¹.

Por otro lado, estos datos revelan una distribución diferencial y desigual del espacio urbano de la capital donde se manifiesta que en los barrios bañadenses se encuentra gran parte de la población con niveles socioeconómicos más bajos de la ciudad.

Si bien desde un análisis comparativo entre los dos últimos censos nacionales se advierte una cierta mejora porcentual de hogares en situación de desventaja social en los barrios que conforman los Bañados asuncenos, también se evidencia la permanencia de una mayor concentración de hogares con las condiciones de vida más deficitarias de la ciudad. Estos indicadores siguen poniendo al descubierto que en los Bañados de Asunción se mantienen las proporciones de hogares más elevadas de necesidades básicas insatisfechas en relación a la calidad de la vivienda²², la infraes-

18 Datos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) de Asunción por barrio, 2012. Nota de la DGEEC: El Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 tuvo una cobertura poblacional aproximada del 74,4% a nivel país; que resulta de comparar la población censada con la población estimada para 2012. En Asunción la cobertura poblacional fue de 72,2%. En términos de viviendas, la cobertura fue del 87,1% a nivel país; que resulta de la relación de la cantidad de viviendas censadas en el 2012 respecto a la cantidad de viviendas pre-censadas (1.223.165 y 1.404.121 viviendas, respectivamente). En Asunción la cobertura de viviendas fue de 75,0%.

19 DGEEC (2018b) *Estratificación socioeconómica por segmentos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2012*. Fernando de la Mora (Paraguay). Niveles de estratificación (bajo, medio y alto) que tienen en cuenta los 19 indicadores siguientes: promedio de años de estudio de la población de 15 años y más de edad, promedio de años de estudio de la población económicamente activa, promedio de años de estudio del jefe/a de hogar, promedio de años de estudio de la población ocupada, promedio de dormitorios por hogar, razón de dependencia, razón de dependencia infantil, porcentaje de hogares con teléfono, porcentaje de hogares con DVD, porcentaje de hogares con termocalefón, porcentaje de hogares con ducha eléctrica, porcentaje de hogares con acondicionador de aire, porcentaje de hogares con automóvil, porcentaje de hogares con tv cable, porcentaje de hogares con horno microondas, porcentaje de hogares con computadora, porcentaje de hogares con internet, porcentaje de hogares con dos dormitorios, porcentaje de hogares sin NBI.

20 Según datos proporcionados por la DGEEC respecto a la población que se encuentra por debajo de la cota 64 en los barrios de la periferia sur de Asunción: Tacumbú, Jukyty, San Cayetano, Republicano, Santa Ana, Ita Enramada, Santa Librada, Presidente Carlos Antonio López. En la periferia norte incluye hogares de los barrios: Dr. Gaspar Rodríguez de Francia, La Encarnación, La Catedral, Ricardo Brugada, Las Mercedes, Bañado Cara Cara, Jara, Banco San Miguel, Tablada Nueva, Virgen de Fátima, Santa Rosa, Botánico y Zeballos Kue.

21 Según datos presentados en el tríptico *Asunción Proyección de la Población por Sexo y Edad 2018*, basados en el Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 realizado por DGEEC (2018c).

22 NBI en calidad de la vivienda: 1. El material utilizado en la construcción es: Área urbana: Piso de tierra y pared

estructura sanitaria²³, el acceso a la educación²⁴ y la capacidad de subsistencia²⁵. Entre un 30% y un 66% de los hogares de los diferentes barrios de la ribera de la capital tiene al menos una de estas dimensiones no cubiertas, un conjunto estimado de más de 20.000 hogares²⁶.

3 | Notas históricas de la Política de Salud en Paraguay

Desde finales del siglo XIX, la política de salud paraguaya, influida por una visión higienista, concentró sus inquietudes y esfuerzos fundamentalmente en la vigilancia y control de enfermedades infecciosas y epidemias²⁷. Con este fin, tras la Gran Guerra del 70, se creó el Consejo de Medicina e Higiene Pública dependiente del Ministerio del Interior²⁸. El mantenimiento de la salubridad pública de los principales espacios de intercambio y producción económica del país (puertos, mercados, mataderos y plazas) se convirtió en uno de los principales focos de atención, en una sociedad cuya esperanza de vida apenas superaba los cuarenta años. A inicios del siglo XX, las principales enfermedades entre la población del Paraguay eran: la leishmaniasis que afectaba particularmente a yerbateros y obrajeros que trabajaban en las áreas selváti-

de madera, estaqueo, adobe, tronco de palma, cartón, hule, madera de embalaje, otros, o no tiene pared, y techo de paja, tronco de palma, cartón, hule, madera de embalaje u otro. 2. hacinamiento: Si registran más de 3 personas por dormitorio.

- 23 NBI en infraestructura sanitaria: 3. Disponibilidad de agua: Área urbana: Si el agua proviene de ESSAP (ex CORPOSANA), Junta de saneamiento (SENASA), red comunitaria, red privada, pozo artesiano o pozo con brocal y tapa, y llega a la vivienda a través de canilla pública, vecino, aguatero móvil u otros medios, o si proviene de pozo sin brocal y/o tapa, manantial/ycuá, aljibe, aguatero móvil, agua superficial (río, represa, lago, estanque, arroyo, tajar, canal, etc.) u otra fuente. 4. Eliminación de excretas: Área urbana: Si posee letrina común, desagüe de baño en la superficie de la tierra, arroyo, río, etc., o no tiene servicio sanitario.
- 24 NBI acceso a la educación: 5. Asistencia escolar de niños: Si existe algún niño de 6 a 14 años, emparentado con el jefe de hogar, que no asiste a un establecimiento educativo (se excluye al servicio doméstico y /o los familiares de éstos). 6. Analfabetismo: Si existe alguna persona analfabeta (de 15 años o más que en el momento del Censo 2012 no tenía el segundo grado aprobado) emparentada con el jefe de hogar (se excluye al servicio doméstico y / o los familiares de éstos).
- 25 NBI en capacidad de subsistencia: 7. Capacidad de Subsistencia: Si carece de perceptor (persona ocupada, jubilada, pensionada o rentista) o si el jefe cuenta con una educación inferior a 3 años de educación primaria, y con más de 3 personas en promedio por cada perceptor.
- 26 Incluye por orden de mayor a menor porcentaje de NBI: Banco San Miguel (66,1%), Jukyty (65,8%), Bañado Cara Cara (64,4%), Santa Ana (48%), San Cayetano (47,9%), Tablada Nueva (46,6%), Ricardo Brugada (36,5%), Botánico (36,4%), Virgen de Fátima (30,9%), Santa Rosa (30,7%), Tacumbú (30,3%).
- 27 Como el brote de peste bubónica en la región a finales de 1889.
- 28 El 7 de julio de 1870.

cas; el mal de Chagas, la tuberculosis y la anquilostomiasis; así como la disentería, la lepra, la sífilis y el paludismo (Ramírez de Rojas, 2016; Silvero, 2014; Armus, 2005).

En esta época, desde un modelo médico-asistencial, la atención a la salud y la protección social de la población más desfavorecida del país eran brindadas desde diferentes instancias benéficas²⁹, sostenidas mediante donaciones, aportes voluntarios y fondos reunidos en ferias y eventos de la alta sociedad, e instituciones de salud como el emblemático Hospital de Caridad, que se desenvolvía en una notable precariedad y donde la atención al cuidado de los enfermos y desamparados estuvo a cargo de las hermanas religiosas de San Vicente de Paul (Riveros, 1994; Boccia y Boccia, 2011; Ramírez de Rojas, 2014).

Durante las primeras décadas del siglo XX, al control de epidemias, se sumaron las campañas de desparasitación contra una de las mayores preocupaciones sanitarias de la época: la anquilostomiasis, enfermedad que se estimaba afectaba a casi la totalidad de la población. De estas campañas surge la figura higienista del guarda sanitario, persona encargada de vigilar y ofrecer recomendaciones a las familias a través de visitas casa por casa sobre nociones elementales de higiene. Este rol fue posteriormente desarrollado más extensamente por las visitadoras de higiene (Ramírez de Rojas, 2016; Silvero, 2014; García, 1996). En estos años, en consonancia con los lineamientos de la época en la región, la Fundación Rockefeller³⁰ incursionó en el país a través de varias campañas de combate a la anquilostomiasis financiadas con fondos estadounidenses (OPS, 2002; Cueto y Palmer, 2015). Para principios de la década de los treinta, los servicios de salud apenas alcanzaban a la población rural, de los 150 médicos existentes sólo unos 20 prestaban sus servicios fuera de la capital, predominando en la realidad paraguaya las prácticas curativas de la medicina tradicional y la farmacopea nativa (Rivarola, 2018; Boccia y Boccia, 2011).

3.1 | El nacimiento del Ministerio de Salud Pública del Paraguay

Con el propósito fundamental de ofrecer atención médica a los numerosos heridos y mutilados de la Guerra del Chaco (1932-1935) y responder al control y pre-

29 Cabe mencionar como ejemplo el origen en el año 1919 de la Cruz Roja Paraguaya que desde sus inicios priorizó la atención materno-infantil entre los más pobres o la Liga Nacional contra la Tuberculosis de las que Andrés Barbero fue fundador y presidente por varios años de ésta última (Ramírez de Rojas, 2016; Boccia y Boccia, 2011).

30 Dirigida por el doctor estadounidense Frederick Lowe Soper, quién más tarde será director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta campaña ofreció y sufragó medicación, educación sanitaria y la construcción de letrinas.

vención de epidemias (paludismo, disentería y tifoidea), bajo el gobierno de Rafael Franco, se creó en 1936 el Ministerio de Salud Pública³¹. Hasta aquel momento, los diferentes servicios de salud del Estado habían dependido del Ministerio del Interior y en la capital paraguaya existían tan solo el Hospital de Clínicas³² (antiguo Hospital de Caridad entonces dirigido desde la Universidad Nacional, comúnmente conocido como Hospital de pobres), además del Hospital Militar y la exigua Asistencia Pública (Ramírez de Rojas, 2013).

Hay que esperar hasta la Constitución de 1940 para que, por primera vez, la Carta Magna se refiera a la salud como uno de los deberes fundamentales que debe garantizar el Estado. En estos años, en correlación con otros países del continente que implementan instituciones de seguridad social para los/as trabajadores/as asalariados/as, se crea en 1943 el Instituto de Previsión Social³³. En esta década y durante el gobierno stronista (1954-1989), el Estado paraguayo, a través de variados tutelajes y financiamientos³⁴ de diferentes organismos multilaterales y gobiernos nacionales, expande paulatinamente su infraestructura sanitaria de hospitales, centros asistenciales e incluye diferentes programas en su incipiente política pública de salud (García, 2015, Ramírez de Rojas, 2013).

31 Se crea mediante el decreto Ley N° 2.000/36, el 15 de junio de 1936.

32 En 1927 se da la llamada “clinización” del Hospital Nacional, antiguo Hospital de la Caridad, lo que supuso la transferencia de la administración de éste del Estado a la Facultad de Medicina, el “Hospital de Clínicas” adquiere entonces la denominación actual pasando a ser un hospital universitario. Previamente, en 1915, mediante la Ley 112 había nacido la Asistencia Pública Nacional, órgano dependiente del Ministerio del Interior, el cual incluía una Comisión de Asistencia Pública y Beneficencia Nacional. Esta normativa estatal dio lugar a la centralización de todas las organizaciones sanitarias (tanto públicas como privadas benéficas de la época) en un solo ente. De este modo, el Hospital de Caridad se nacionalizó pasando a llamarse Hospital Nacional y fue dirigido a partir de entonces por el Estado (Boccia y Boccia, 2011; Ramírez de Rojas, 2013).

33 Bajo el gobierno del ministro Gerardo Buongermini, el 18 de febrero de 1943 se crea el IPS que brinda al trabajador/a asegurado/a prestaciones en caso de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, pensiones, jubilación además de servicios de consulta médica, hospitalización y medicamentos para el asegurado/a y su familia. Esta institución disponía en sus comienzos de un servicio de parteras que prestaban atención en el domicilio. En Asunción, inicialmente se arrendaron y compraron diferentes sanatorios privados, creándose más tarde, progresivamente, las policlínicas en la capital paraguaya. En el año 1969, se inauguró el actual edificio del Hospital Central del IPS en Asunción con una capacidad de 450 camas, congregando los diferentes servicios que hasta entonces se encontraban dispersos por la ciudad; y donde en 1970, se habilitó la primera sala de terapia intensiva del país (Ramírez de Rojas, 2014).

34 Con el apoyo económico estadounidense se llevó a cabo la construcción del Hospital Bella Vista destinado a personas con enfermedades respiratorias cuya atención a los pacientes estaba a cargo de las Hermanas Hijas de María Santísima del Huerto. En los años cuarenta, gracias al soporte financiero del Brasil se creó el Laboratorio Central de Salud Pública y el Hospital de Enfermedades Transmisibles. En 1969, se creó el Instituto para el Estudio de la Reproducción Humana a través la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID-USA). Mediante la cooperación internacional del Gobierno de Japón (JICA), en 1982, se construyó el Laboratorio Central sobre la calle Venezuela al que se anexó un nuevo edificio donde se traslada el antiguo Hospital de infecciosos del barrio de Sajonia, al actual IMT (Instituto de Medicina Tropical) (Ramírez de Rojas, 2014).

Durante los 35 años del régimen de Alfredo Stroessner (1954-1989), la estructura sanitaria en el país se amplió raquímicamente mediante la instalación de pequeños puestos y centros de salud en diferentes localidades del país y hospitales regionales administrados por afines en distintas regiones sanitarias, siendo las áreas preferentes: Asunción, Villarrica, Itapúa y Misiones. En estos años, la política de saneamiento básico empezó a adquirir cierto interés³⁵. No obstante, la vigilancia sanitaria de epidemias (especialmente en las áreas de frontera), el control de enfermedades transmitidas por vectores y diferentes campañas de vacunación³⁶ comportaron los ejes prioritarios de acción para la política pública de salud paraguaya durante este periodo (OPS, 2002; Ramírez de Rojas, 2016; Silvero, 2014).

El sistema de salud público paraguayo, en los años que antecedieron a la democracia, era definido como de baja calidad y cobertura, en términos comparativos con otros países de la región. Según estimaciones, éste cubría tan solo al 60% de la población, concentrándose particularmente en los centros urbanos en detrimento de las áreas rurales del país. A su vez, especialmente durante la década de los ochenta y en paralelo, se había experimentado un sustancial crecimiento del sector privado en la prestación de servicios de salud. Paraguay presentaba los porcentajes más bajos en inversión en salud de la región con apenas el 4,5% del presupuesto gubernamental, lo que se traducía en apenas 6,2 dólares por persona. Al mismo tiempo, la esperanza de vida media de los/as paraguayos/as apenas llegaba a los 67 años, los niveles de vacunación eran especialmente bajos en las zonas rurales y sectores empobrecidos y Paraguay presentaba una de las tasas de mortalidad materna más elevadas de América Latina (Valdés y Gomáriz, 1993; Weisskoff, 1993).

La presencia del Estado en la atención a la salud era muy limitada en gran parte del país en los primeros años de la democracia. La estructura sanitaria era muy escasa y se concentraba particularmente en su área más poblada, entre Asunción y Villarrica. Esta situación, en una sociedad eminentemente rural hasta principios de los años noventa, ha contribuido a que tanto médicos/as tradicionales, como parteras presentes en todo el país, así como el saber curativo ampliamente extendido de plantas medicinales

35 En 1954, se crea la CORPOSANA (Corporación de Obras Sanitarias de la Ciudad de Asunción), la cual inaugura en agosto de 1959, el servicio de agua corriente para la capital. Se lleva a cabo una campaña sufragada por OPS/UNICEF entre 1956 y 1959. OPS y la USAID desarrollan en 1964 el “Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable”. En el año 1972, nace el SENASA (Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental) desde el Ministerio de Salud Pública para promover servicios de agua y disposición de excretas en poblaciones inferiores a 4.000 habitantes a través de Juntas de Saneamiento (Ramírez de Rojas, 2016; OPS/OMS, 2002).

36 Se incrementaron las campañas de vacunación antipoliomielítica con Sabin Trivalente y contra la viruela a raíz de un brote. Bajo el lema “Dos Gotitas son la diferencia” se emprendió en 1985 una intensa campaña preventiva de vacunación contra la polio en el país con apoyo del Rotary y la OPS/OMS (Ramírez de Rojas, 2016).

nales y remedios caseros entre la población hayan adquirido históricamente, en Paraguay, un importante protagonismo en las formas de pensar la enfermedad y la salud y en las maneras de afrontar las dolencias y malestares (Cadogan, 1957; Torres, 2003; Moreno Azorero *et al.*, 1986).

3.2 | Políticas de Salud en la democracia

En la primera década democrática, se desarrollaron distintas reformas legislativas e institucionales que otorgaron un marco de derechos a la política de salud en Paraguay. Destaca la nueva Constitución Nacional de 1992, en cuyo articulado contempla el derecho fundamental de la salud y establece que el Estado debe garantizar la protección y promoción de la salud de las personas (art. N° 68), al igual que señala como obligatorio el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que debe proveer servicios sin ningún tipo de discriminación y basado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social (art. 69). La Ley N° 1032 del año 1996 sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS)³⁷ implicó la descentralización a niveles departamental y local; y en 1998 a través del decreto N° 21376/98, se declaró desde el poder ejecutivo al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) como institución rectora en la protección de la salud en Paraguay³⁸.

En los años de apertura a la democracia en Paraguay, se realizaron también avances en el sistema de protección social, cabe recordar entre los más destacados la Reforma Educativa del año 1994, La Ley 1600 de Prevención de la Violencia Doméstica del año 2000, la promulgación del Código de la Niñez y Adolescencia en el año 2001, las Estrategias para la reducción de la pobreza del 2003, así como la estrategia de la Atención Primaria en Salud impulsada a partir del 2008 (Monroy, 2014).

Estos primeros años que siguieron a la llegada de la democracia, también fueron acompañados de importantes progresos en la ampliación de infraestructura hospitalaria con la creación de varios centros de alta complejidad o siendo dotados los ya existentes con mayor equipamiento³⁹.

37 Esta ley da lugar a la creación de un Consejo Nacional de Salud que incluye al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), a organismos estatales del Ejecutivo y del Legislativo, a gremios de la salud, universidades, sindicatos de trabajadores/as, campesinos/as y patronales, organizaciones sin fin de lucro y entes descentralizados. Además, también está compuesto por los consejos distritales y locales, así como entes privados.

38 Años atrás se había promulgado en 1980 el Código Sanitario paraguayo mediante la Ley 836/80, el cual “regula las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas en la materia”.

39 En 1990, se inaugura el Hospital Nacional de Itauguá. En 1999, se constituyó el actual Hospital del Trauma que

Ya entonces el sistema de salud paraguayo se particularizaba por una estructura segmentada en la que convivían diferentes regímenes de acceso a la provisión de servicios de atención, regidos por distintos modelos de aseguramiento y financiamiento, sistema que pervive apenas intacto hasta la actualidad.

El sistema de salud paraguayo está constituido fundamentalmente por dos subsectores (Mancuello y Cabral, 2011):

- a. El sector público que comprende: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, la Universidad Nacional de Asunción⁴⁰ y los servicios asistenciales de la Itaipú Binacional y Yacyretá.
- b. El sector privado que incluye a: las aseguradoras privadas, los prestadores con fines de lucro, sin fines de lucro y mixtos.

A esta segmentación del sistema de salud, se le suma la fragmentación, es decir, la falta de articulación entre los diferentes efectores de servicios, situación que da lugar a una limitada coordinación y una yuxtaposición de acciones entre diferentes regímenes de atención a la salud en el país (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2017).

Se estima que el sector privado presta servicio al 7,3% de la población paraguaya que pertenece a los sectores de mayores ingresos y cubre a un 20,3% desde el IPS. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial representan tan solo un 1,7% y el sector público atiende al 70,8% de la población que carece de seguro social y privado (Benítez, 2017)⁴¹.

En las primeras dos décadas del siglo presente, con el fin de facilitar el acceso a los servicios públicos de salud, fundamentalmente a los sectores de menores ingresos, se fueron incorporando y ampliando medidas de exoneración de aranceles a través de programas focalizados de “paquetes de mínimos” para grupos vulnerables financiados por organismos internacionales. En el año 2001⁴², se suscribió la gratuidad

presta especialmente atención a los pacientes con traumatismos provenientes de todo el país. En 2001, se creó el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu en el municipio de San Lorenzo (en el área metropolitana de Asunción). Éste junto al Centro Materno Infantil del nuevo Hospital de Clínicas (también situado en San Lorenzo) son los hospitales pediátricos de mayor nivel de especialización del país (Ramírez de Rojas, 2014)

40 La Universidad Nacional de Asunción cuenta con el Hospital de Clínicas, un hospital escuela asociado a la Facultad de Ciencias Médicas y financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto General de la Nación el cual atiende principalmente a la población no asegurada del país.

41 Datos basados en la Encuesta Permanente de Hogares 2014 de la DGEEC.

42 En el año 1998, el “Proyecto de Reformas de la Atención primaria de la salud centrado en mejorar la mortalidad materna y perinatal” fue financiado con un préstamo del BID. Aprobado por ley 1279 en el año 1998 (Perrotta y Navarro, 2017).

para estudios clínicos como la colposcopia o el Papanicolau⁴³ (PAP), e intervenciones médicas como la ligadura de trompas y la provisión del dispositivo intrauterino (DIU). En el año 2003, se anularon los costos en la atención a embarazadas y consultas médicas a menores de cinco años. En el año 2005, se extendió esta medida para los/as niños/as de menos de 10 años, incluyendo su internación. Ese mismo año, también se estableció la provisión gratuita de insumos básicos para el parto y la gratuidad para pruebas diagnósticas de tuberculosis⁴⁴ (Giménez, 2012).

3.3 | La estrategia de Atención Primaria de Salud en Paraguay

En 2008, con el cambio gubernamental de la presidencia de Fernando Lugo, se implementó el programa “*Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013*”⁴⁵ que tuvo como fin garantizar desde las políticas públicas la salud como un derecho humano, objetivo que implicaba la asistencia sanitaria desde principios de universalidad, integralidad, equidad y gratuidad. El propósito de esta política fue romper con el sistema perpetuador de pobreza, superar los programas de salud focalizados e implementar la Atención Primaria en Salud (APS) inspirada en la Declaración de Alma-Ata de 1978, que define la salud como un derecho fundamental, y entiende ésta como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1978).

Entre las políticas de protección social en salud de los últimos años destaca la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria de Salud a partir del año 2008, política pública que parte de un nuevo paradigma de atención que piensa de manera integral los procesos de salud, enfermedad y atención a lo largo de la vida y toma como punto de partida programático las necesidades y problemas de salud de las personas, acercando el sistema de salud a los lugares donde viven las familias y comunidades, desde un enfoque de participación comunitaria orientado a buscar el mayor bienestar posible desde la perspectiva de los derechos humanos, la equidad y la justicia social (APPC, 2008). La puesta en marcha de la estrategia APS pretendió establecer un desplazamiento desde un modelo asistencial y curativo centrado en la

43 El Papanicolaou es una prueba que se realiza para diagnosticar el cáncer de cuello uterino.

44 En el año 2005, el programa “Cuidados Sanitarios Básicos” que tenía por objetivo dar “respuesta adecuada a trece enfermedades prevalentes del binomio madre-niño, incluyendo 20 prestaciones para 13 patologías. Resolución CGR N° 1848/06. Auditoría de Gestión y Examen Especial a la Ejecución Presupuestaria del “Proyecto Reformas a la Atención Primaria de Salud”, Préstamo 1006/OC-PR (BID) dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, período 2006. Informe Final de Auditoría (Perrotta y Navarro, 2017).

45 Mediante la Resolución S.G. N° 131/2008, 26 de septiembre de 2008.

atención hospitalaria hacia otro que apuntara hacia la promoción de la salud, la prevención y la calidad de vida, rompiendo con la lógica segmentada de los programas de salud. De igual modo, implementó el acceso a la atención médica gratuita en el sistema público de salud a modo de evitar los gastos directos de bolsillo de las familias, hasta entonces obligatorios (Monroy *et al.*, 2011a).

La emergencia de este modelo supuso la ampliación de la cobertura, acceso y calidad de las prestaciones en salud para el conjunto de la población del Paraguay a través de la creación de redes de atención donde las Unidades de Salud de la Familia (USF) eran entendidas como la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.

Según la propuesta original, se estimaba que cada USF debería estar conformada por un equipo de salud compuesto por: un/a médico/a, un/a licenciado/a en enfermería u obstetricia, un/a auxiliar de enfermería y 3 agentes comunitarios/as, que tendrían asignado un territorio social de entre 3.500 a 5.000 personas. Durante este periodo de gobierno (2008-2012) se dio prioridad al establecimiento de USF principalmente en los territorios del país con mayores índices de vulnerabilidad y pobreza (Monroy *et al.* 2011a). Las primeras 13 USF se instalaron precisamente en el territorio urbano de los Bañados de Asunción en el año 2008 (Rodríguez-Riveros *et al.*, 2012).

Si bien se venían implementando años atrás distintas medidas de exención de pago en el sistema de salud público paraguayo, fue a partir de finales de 2009 cuando se estableció el acceso gratuito a todos los servicios de los centros públicos de salud del Estado, incluido el uso de ambulancias, el suministro de medicamentos⁴⁶ y biológicos⁴⁷ (Perrotta y Navarro, 2017; Zavattiero, 2018).

La eliminación de la barrera económica de aranceles, unida al acercamiento de la salud a las familias a través de la atención primaria, dio lugar a un aumento de la demanda de atención. Entre los años 2008 y 2011 se pasó a 5.498.172 de consultas, con un aumento del 45.5%⁴⁸ (Perrotta y Navarro, 2017).

46 El presupuesto para medicamentos se incrementó en un 129% entre los años 2008 a 2012. Se creó un listado de medicamentos genéricos esenciales que permitió precisar los medicamentos básicos necesarios según la complejidad de cada servicio.

47 Resolución S.G. N° 67, del 18 septiembre 2008: “por la cual se dispone la gratuidad universal de las consultas externas y de urgencia en todos los hospitales, centros y puestos de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”. Resolución S.G. N° 140, del 30 septiembre de 2008: “por la cual se dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias, así como de las cirugías de urgencias y programadas de las diferentes especialidades en todos los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”. Resolución S.G. N° 1074, del 21 diciembre 2009: “por la cual, en cumplimiento del proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal, se extiende la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

48 “Rendición de cuentas a la ciudadanía, Tercer año de gestión”, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social,

A finales del año 2010, la estrategia APS contaba con 503 USF y un total de 1.852 profesionales distribuidos en: 452 médicos/as, 498 licenciados/as en enfermería, 491 auxiliares de enfermería, 345 agentes comunitarios de salud, 45 promotores/as comunitarios/as indígenas, 13 coordinadores/as regionales, 5 odontólogos/as, una bioquímica, un auxiliar de administración y una persona de servicios generales (Monroy *et al.*, 2011b). Un año después, el número de USF habilitadas en territorios sociales alcanzó los 707 equipos, brindando cobertura al 31,7% de la población en Paraguay. Para este año, la red de servicios públicos del MSPyBS sumaba 1.359 establecimientos (266 con internación), existían 76 en el IPS (37 con internación) y el total de camas del MSPyBS y el IPS era de 6.670, con una tasa de 1 cama por cada 1.000 habitantes. En Paraguay, por cada 10.000 habitantes había: 11,7 médicos/as, 2,1 obstetras, 5 enfermeros/as, 12 auxiliares de enfermería, 4,2 técnicos/as, 1,3 odontólogos/as (MSPyBS, 2013)⁴⁹.

Al término del periodo de gobierno de Fernando Lugo, si bien se extendió el número de USF en el país, la estrategia APS no llegó a lograr la conformación de redes de atención primaria, así como la tampoco integración de éstas a otras redes más amplias del sistema (Serafini, 2016).

Durante la presidencia de Horacio Cartes (2013-2018), en el marco de la “*Política Nacional de Salud 2015-2030. Caminando hacia el Acceso de la Cobertura Universal de la Salud*⁵⁰ en Paraguay” y la “*Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030*”, el MSPyBS con la asistencia técnica de la OPS decidió impulsar la creación del programa “*Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)*”⁵¹, basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), de cara a contribuir en el avance hacia la cobertura universal de salud. Para dicho fin, se desarrollaron durante los últimos años distintos mecanismos a modo de orientar principalmente el ordenamiento territorial, la reorganización de los servicios, la articulación y el desarrollo de las redes, el fortalecimiento de los recursos humanos, los procesos de gestión y el financiamiento ins-

Hotel Granados Park, Asunción, diciembre 2011.

49 La OMS estima que los países con menos de 23 profesionales de atención de salud (incluidos únicamente médicos/as, enfermeros/as y parteras) por cada 10.000 habitantes, probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave en atención a la salud. OMS (2009) *Estadísticas de salud mundiales*.

50 Esta iniciativa de reforma de los sistemas de salud es impulsada por los organismos internacionales OPS/OMS y la banca multilateral a nivel global (Dmytraczenko y Almeida, 2015). Este modelo es cuestionado por su confusión terminológica y su propuesta contradictoria con una política de protección social en salud basada en derechos en el marco de los sistemas universales en salud. Ver (Yi, 2017; Giovanella *et al.*, 2018; Heredia *et al.*, 2015; Nauleau, Destremau, y Lautier, 2013; Laurell, 2016; Giovanella, Feo y Tobar, 2012).

51 Resolución S.G. N° 613/15.

titudinal. El horizonte de la política RIISS, denominada “*Tesâi Pyahurâ*⁵² Paraguay”, pretendía promover vínculos entre los diferentes servicios de salud del MSPyBS que permitieran ofrecer una atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad, constituyéndose el MSPyBS como unidad articuladora de las distintas instituciones que conforman también la RIISS (Instituto de Previsión Social, Sanidad Policial, Sanidad Militar, municipios y gobernaciones, entre otras) con las cuales se intentó establecer acuerdos, convenios y alianzas.

En particular, con este propósito, en la Atención Primaria de Salud se realizaron los materiales de gestión y operativización: *Manual de Funciones para las USF* y la *Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud*, que establecieron la redefinición de funciones de los servicios de la estrategia a nivel país, marcando como ejes de actuación: incidir en el número de consultas, la atención domiciliaria, la inserción comunitaria, la territorialización, la dispensarización, la participación comunitaria y las actividades promocionales, así como el análisis de situación de salud integral (ASSI) y el análisis de vulnerabilidades de la población de sus territorios sociales.

A pesar de la ampliación y continuación de estas enunciadas políticas de salud se aprecia un ambivalente y contradictorio resultado en las evaluaciones intermedias y finales de este periodo (Ríos, 2014). Según un reciente estudio realizado por Claudina Zavattiero (2018), en el año 2016 el sistema público de salud contaba con 800 USF⁵³ y brindaba cobertura a un 33% de la población total en el Paraguay, alrededor de unas 2.240.000 personas. Entre los años 2012 y 2016, se amplió la red pública de APS pero tan solo se crearon en cuatro años 93 USF más. Se aprecia que si bien se produjo un aumento notable en los inicios de la estrategia APS (entre 2008 y 2010 fundamentalmente), en los años posteriores la expansión de USF fue mucho menor. En la actualidad, según estimaciones de la autora, el 22% de las USF del país no disponen de un equipo de profesionales completo⁵⁴ y serían necesarias 1.650 USF más para brindar una atención primaria universal en el conjunto del país, siendo Asunción y los departamentos de Central, Caaguazú y Alto Paraná en relación a su población las que estarían en situación más deficitaria⁵⁵ (Zavattiero, 2018).

52 En guaraní significa “Para una salud nueva”.

53 Las cuales suponían el 60% de los establecimientos sanitarios del MSPyBS.

54 Advierte también que el promedio de cobertura de USF en el país es de 2.800 personas por territorio social, superando en algunos casos las 5.000 personas en 31 USF ubicadas principalmente en las áreas más densamente pobladas, fundamentalmente de la capital, el Departamento Central, Alto Paraná e Itapúa.

55 Además, según estimaciones de la misma autora, en la actualidad, un 21,8% de las personas en situación de pobreza en el Paraguay están fuera de la cobertura de servicios de atención primaria del sistema público de salud. Los departamentos de Caaguazú, Central, Amambay y Boquerón presentan los menores porcentajes de población en situación de pobreza cubierta por el sistema de atención primaria.

En la última década, el programa de Atención Primaria a la Salud ha representado un promedio del 28% del presupuesto total destinado a la salud. En 2015, se asignó un total de 184 mil millones de guaraníes a la APS (Benítez, 2016; Zavattiero, 2018). Sin embargo, conviene resaltar que, si bien el presupuesto del MSPyBS entre 2008 y 2017 aumentó de 1.393 a 4.641 mil millones de guaraníes, con una tasa de crecimiento anual de 18%⁵⁶, los mayores incrementos se dieron entre los años 2009 y 2012, asociados fundamentalmente a la política de expansión de Unidades de Salud de la Familia (USF) de la red de salud pública instaladas en diferentes puntos del país. Entre los años 2013 y 2017, por el contrario, el presupuesto del MSPyBS apenas varió porcentualmente, situación atribuida principalmente a no haberse logrado aumentar la presión fiscal en el país para contar el Estado con mayores fuentes de financiación pública⁵⁷ (Gaete, 2017).

Aunque se han ido adquiriendo mayores niveles, tanto en términos absolutos como relativos, respecto a la inversión social total en Paraguay, el país sigue manteniendo uno de los índices de inversión en gasto social y salud pública por persona más bajos de la región. Entre los 10 países de Sudamérica, Paraguay es el tercer país con menor inversión en salud. Anualmente se destinan 72,5 USD por persona⁵⁸, siendo el promedio de ALC⁵⁹ de 240,7 USD. A su vez, es uno de los países con menor presión tributaria de la región⁶⁰ (Serafini, 2016).

Estos bajos niveles de inversión en gasto social, en salud y protección social tienen repercusión en un mayor gasto de bolsillo de las familias, especialmente entre las de menor capacidad económica. Paraguay sigue siendo uno de los países latinoamericanos con mayor desembolso en esa modalidad. El gasto de bolsillo⁶¹ en relación a los ingresos impacta de forma más severa sobre los dos quintiles con menores ingresos. El primer y segundo quintil más pobre gasta un promedio de 76,7 USD⁶² y 104,4 USD

56 Con una capacidad promedia de ejecución presupuestaria del MSPyBS estimada, siguiendo el coeficiente PE/PA, durante el periodo 2008-2016 en torno al 79,4%.

57 Para una revisión de la propuesta de Atención Primaria de Salud desde una política de protección social en salud basada en derechos en el marco de los sistemas universales de salud en la región ver (Giovannella *et al.*, 2015; Flocruz y CNS, 2018).

58 Se estima que el promedio de gasto per cápita en salud en Paraguay era de 464,1 dólares (para el año 2014), en su mayoría de carácter privado (Benítez, 2017).

59 América Latina y el Caribe.

60 Para el año 2014, la presión tributaria de Paraguay tan solo alcanzaba el 12,7%. El 79% de su recaudación era a través de impuestos indirectos (Serafini, 2016).

61 Se tienen en cuenta datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2014 de la DGEEC.

62 Se toma como referencia el cambio de moneda en un valor promedio de 4.500 guaraníes por cada dólar estadounidense para el año 2014, momento en el que se realiza la EPH 2014.

respectivamente, lo cual representa el 10,4% y el 7,6% de sus ingresos trimestrales. En cambio, el quintil más rico gasta un promedio de 262,5 USD, sin embargo, esta cantidad representa solo un 3,7% de sus ingresos trimestrales. El gasto de bolsillo, en el primer quintil, principalmente se concentra en el costo de medicamentos (53,5%), estudios de laboratorio y diagnósticos (17,3%) y transporte (13,6%) (Benítez, 2017).

En los últimos años, mientras el incremento porcentual del gasto social y en salud ha sido tímido, manteniéndose como uno de los más bajos de la región, datos recientes de la OPS/OMS (2016) nos advierten que en Paraguay siguen perdurando índices preocupantes de mortalidad y morbilidad que ameritan mayores esfuerzos en política pública de salud.

Según los indicadores de morbimortalidad de los últimos años para la región, la esperanza de vida en ALC es de 75 años, situándose Paraguay 2 años por debajo de la media regional. Las tasas generales de mortalidad y morbilidad superan los rangos medios de la región⁶³ respecto a los índices promedios por causa de diabetes, accidentes cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de colon y recto y sobrepasa con gran diferencia los índices de muerte por accidentes de transporte terrestre. Igualmente, en Paraguay la prevalencia de hipertensión, el número de casos de dengue, lepra y las tasas de incidencia de VIH y tuberculosis superan los promedios de la región; y los porcentajes de desnutrición crónica en menores de cinco años se mantienen entre los más altos de América Latina (OPS/OMS, 2016).

63 Siguiendo los datos del informe OPS (2017) *Salud en las Américas*, para el año 2015, la razón de mortalidad materna reportada fue de 81,8 por 100.000 nacidos vivos, cuyas causas principales fueron toxemia, hemorragia postparto y complicaciones del aborto. La mortalidad de menores de 1 año y de menores de 5 años fue de 14,2 y 16,8 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, siendo las principales causas de muerte la neumonía, la gripe y las diarreas. En el 2014, el 25% de las muertes fueron causadas por enfermedades del sistema circulatorio, el 15% por neoplasias y el 11% fueron síntomas y signos mal definidos, no clasificados. Las principales causas específicas de muerte fueron la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Se estima que en el 2015, más de 17.000 personas estaban infectadas con VIH. La incidencia de tuberculosis era de 55 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 2,9 defunciones por 100.000 habitantes. El 32,3% de la población reportaba un diagnóstico de hipertensión arterial y 9,7% de diabetes mellitus, siendo obesa un 23,2% de la población. En el 2011, la prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años era de 5,2% y de desnutrición crónica de 12,9%. Del 2009 al 2013, hubo un aumento en defunciones por accidentes de tránsito, los accidentes en motocicletas pasaron de un 44,4% a 55,8% sobre el total. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=paraguay&lang=es

4 | Contexto y localización de la investigación

Esta investigación se ha localizado en Bañado Sur⁶⁴, territorio de la ciudad de Asunción que comprende una franja habitada de unos 6,82 km²⁶⁵, ubicada en el área sur a las orillas del río Paraguay en la que se incluyen los barrios asuncenos de: Santa Ana, San Cayetano y Jukyty. Este territorio se singulariza por ser un espacio urbano de relegación social, precariedad y degradación ambiental donde se encuentra situado desde mediados de la década de los ochenta el vertedero municipal de la ciudad.

Según datos proporcionados por la Dirección de APS del MSPyBS, la población estimada a fecha de enero del año 2017 a la que dan cobertura las 8 Unidades de Salud a la Familia (USF) del Bañado Sur es de aproximadamente unas 6.800 familias, es decir, alrededor de 31.000 personas.

Desde comienzos de la década de los noventa, este territorio urbano ha experimentado un crecimiento poblacional sustancial. En contraste con la ciudad de Asunción, cuya población apenas ha aumentado entre 1992 y 2012 en tan solo unas 30.000 personas⁶⁶, esta área de la capital tímidamente poblada hasta principios de la década de los noventa, se ha convertido en tan solo dos décadas en una de las zonas de la ciudad más populosas⁶⁷ donde vive algo más del 6% de la población de la capital y casi un tercio de los habitantes de los Bañados asuncenos⁶⁸.

Según datos de la DGEEC, con respecto a los índices de Necesidades Básicas Insatisfechas, si bien estos indicadores en términos porcentuales han disminuido entre 2002 y 2012, en la actualidad los barrios asuncenos que comprenden Bañado Sur siguen superando de forma notable los promedios de la capital respecto a los hogares

64 En la franja ribereña de la periferia sur de Asunción distinguimos dos áreas principales: Bañado Tacumbú y Bañado Sur. Esta última incluye según la actual delimitación geográfica de distribución de barrios de la DGEEC de Paraguay los barrios asuncenos de: Jukyty, San Cayetano y Santa Ana.

65 DGEEC (1992) *Barrios de Asunción*. Asunción: DGEEC.

66 El Censo Nacional 1992 arrojó una población para Asunción de 500.938 habitantes. <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Web%20Paraguay%20Total%20Pais/3%20Diagnostico%20poblacion.pdf>. En el Censo 2012, se estima según datos proporcionados por la DGEEC, una población de 529.433 habitantes. Nota de la DGEEC: Cifra ajustada con un factor de expansión calculado en base a las proyecciones de población según sexo y edad, para datos de población. Revisión 2015.

67 En este mismo periodo (1992 y 2002), su población se incrementó en un (54,58%) pasando de 8.998 a 13.909 habitantes y entre los años 2002 y 2012 el número de hogares creció nuevamente en un (72,95%) pasando de 2.935 a 5.076 hogares.

68 Datos basados en los Censos Nacionales 1992, 2002 y 2012.

con déficit en calidad de vivienda⁶⁹, infraestructura sanitaria⁷⁰, acceso a la educación⁷¹ y capacidad de subsistencia⁷². Este territorio es una de las áreas de la capital que afronta mayores niveles de vulnerabilidad. De los tres barrios que conforman Bañado Sur, Jukyty es el que presentan los valores más elevados de carencia en todas las dimensiones. En relación a la NBI en calidad de vivienda, los tres barrios que comprenden Bañado Sur se encuentran entre los cinco con mayores porcentajes (de los 69 barrios de Asunción). Respecto a la NBI en infraestructura sanitaria, están entre los seis con peores condiciones; y en relación a la NBI de acceso a la educación, se encuentran entre los ocho con menores niveles de escolaridad entre su población.

El trabajo de campo de esta investigación fue desarrollado particularmente en los territorios sociales a los que dan cobertura tres USF cercanas al vertedero municipal que comprenden aproximadamente a 14.000 personas⁷³. Según los informes de estos tres establecimientos de salud, atendiendo a la distribución etaria por grandes grupos y por sexo⁷⁴, observamos que su población se distingue por tener una importante proporción de menores de 15 años, alcanzando éstos/as más de un tercio del total (33%)⁷⁵, así como de mujeres en edad fértil, las cuales suponen más de un cuarto de su población (26%).

69 Los porcentajes de hogares con NBI en calidad de vivienda de los tres barrios que comprenden Bañado Sur son: Jukyty 31,1%, Santa Ana 22,3%, San Cayetano 22,2%. El promedio en Asunción es del 7,4%.

70 Los porcentajes de hogares con NBI en infraestructura sanitaria son: Jukyty 46,5%, Santa Ana 21,2%, San Cayetano 20,1%. El promedio en Asunción es del 5,1%.

71 La proporción de hogares con NBI en acceso a la educación son: Jukyty 18,6%, Santa Ana 12,9%, San Cayetano 15,7%. El promedio en Asunción 6,6%.

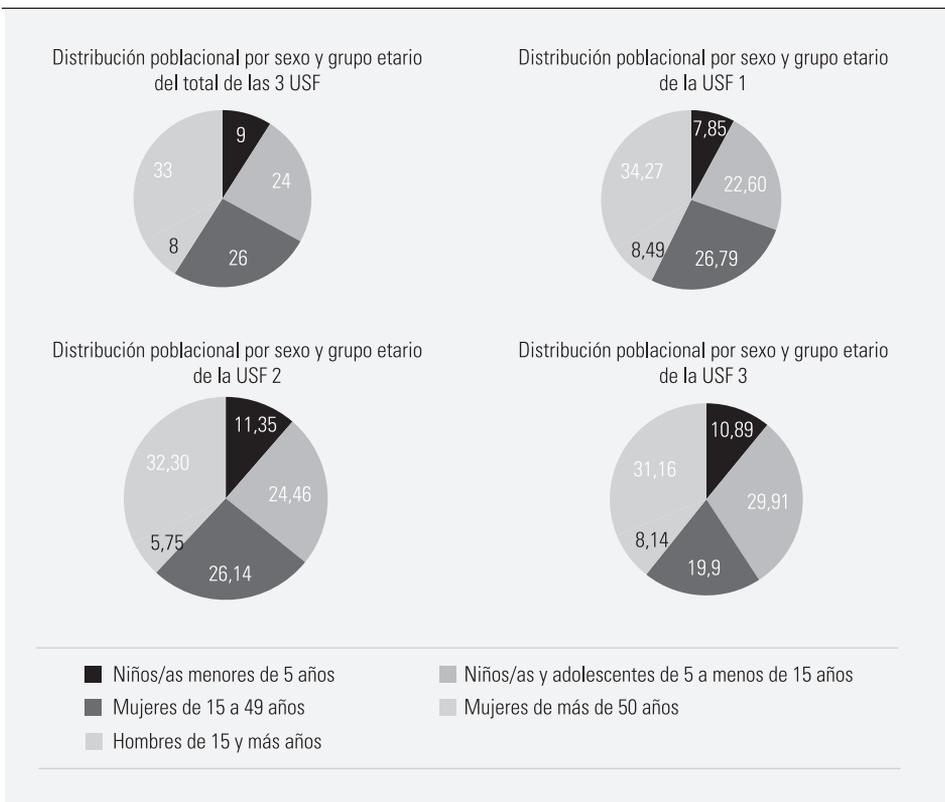
72 La proporción de hogares con NBI en capacidad de subsistencia son: Jukyty 12,9%, Santa Ana 11,5%, San Cayetano 9,6%. El promedio en Asunción es del 8,4%.

73 Para conservar un cierto anonimato hemos denominado a cada una de las USF con un número: USF 1, USF 2 y USF 3.

74 La distribución por rango de edad y sexo utilizada es la que figura en los propios informes.

75 La estructura por edad en Asunción es del 25,2% de la población menor de 15 años, el 65% tiene entre 15 y 64 años y cerca del 10%, 65 y más años de edad. DGEEC (2018) *Asunción. Proyecciones de la Población por Sexo y Edad, 2018 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

Gráfico N° 1. Distribución porcentual de población por sexo y grupo etario de las 3 USF del territorio donde se desarrolló el trabajo de campo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPyBS Paraguay.

5 | Encuadre metodológico de la investigación

Este trabajo ha tenido como orientación metodológica principal proponer una investigación en salud de corte cualitativo priorizando la perspectiva etnográfica en contexto urbano.

Para ello, se desarrolló una etnografía⁷⁶ multi-situada gracias a un trabajo de campo intensivo entre los meses de abril del año 2016 y abril del 2018 con diferentes fases, dispositivos y *sites*⁷⁷ por parte de una antropóloga y un antropólogo en co-residencia en el Bañado Sur (Marcus, 2001); situación que ha permitido de forma constante participar en las temporalidades, acontecimientos y ritmos de la vida cotidiana barrial, familiar e institucional atendiendo al estudio de las prácticas, experiencias y significados (Guber, 2011; Épele, 2017) relacionados con los procesos de salud, enfermedad y atención, proponiendo una alternativa a la aproximación epidemiológica convencional⁷⁸ basada principalmente en cuestionarios y acotada temporalmente, recuperando el análisis procesual de los sujetos, sus relaciones y la centralidad del análisis contextual.

El proceso de investigación se articuló también con la propuesta de realizar un mosaico epidemiológico (Sánchez y Abadía, 2012; Roberts y Sanz, 2018) basado en una colaboración interdisciplinar con dos médicas especialistas que acompañaron la realización del trabajo de campo en el periodo específico del primer año del proyecto. Esta colaboración fue realizada junto a la pediatra María Raquel Escobar durante un año y con la dermatóloga Paloma Fernández durante dos periodos a lo largo de 8 meses, con una regularidad de una vez por semana cada una, mediante visitas domiciliarias que ayudaron a restituir las historias clínicas y sociales de las familias seleccionadas y a reconstruir los itinerarios de salud pasados, así como el curso de episodios de enfermedad presentes durante nuestro trabajo de campo.

Este trabajo se ha centrado particularmente en el estudio de 24 familias habitantes del Bañado Sur. La elección de éstas se realizó, a partir de un trabajo pormenorizado, teniendo en cuenta información facilitada por los/as profesionales de salud de los centros de atención primaria de la zona sobre pacientes con antecedentes clínicos y condiciones sociales significativas. Se seleccionaron para ello familias con características demográficas, socioeconómicas, habitacionales y clínicas heterogéneas con el fin de estudiar diversos procesos de salud, enfermedad y atención.

En la integralidad del proceso investigativo se solicitó el consentimiento informado a los/as diferentes profesionales de la salud y a las familias que participaron en este estudio donde se explicó previamente los objetivos, finalidad y código ético de la

76 Basada en la observación participante, la participación observante, entrevistas etnográficas, grupos de discusión, itinerarios de salud y metodologías múltiples (Guber, 2011; Robben y Jeffrey, 2007; Singer y Erickson, 2011; Romani, 2013).

77 Siguiendo la propuesta de George Marcus (2001) que reconceptualiza la tradicional unidad de análisis insularizada para proponer un desplazamiento hacia las localizaciones y emplazamientos múltiples e interconectados que el autor sugiere seguir desde una metodología móvil etnográfica multisituada.

78 Ver Almeida Filho (2007) y Romani (2013).

investigación. En este sentido, siguiendo las recomendaciones éticas de investigaciones en contextos vulnerables, en este trabajo ha sido fundamental cuidar la confidencialidad, anonimización y respeto de la dignidad de las personas que colaboraron y permitieron su realización⁷⁹.

Por otra parte, esta etnografía parte de la posicionalidad de sus dos investigadores, desde la propuesta de un conocimiento corporizado, situado e implicado (Haraway, 1995; Davis y Craven, 2016; Leyva *et al.*, 2015; Ribeiro y Escobar, 2009), explicitando su condición de hombre y mujer heterosexual, blanco/a, de nacionalidad española, antropólogo/a; reconocidos/as desde las categorías sociales locales de: voluntarios/as, religiosos/as y/o profesores/as.

Cabe destacar que esta investigación se desarrolló en un momento particular de la biografía de las familias del Bañado Sur. Se inicia a pocos meses del regreso a sus hogares en el bañado, tras la inundación de sus viviendas debido a tres ciclos de crecida extraordinaria del río Paraguay desde mediados del año 2014 hasta la mitad del año 2016. La suba del río, consecuencia de las abundantes lluvias que acontecieron por el fenómeno de El Niño en la región, obligó a gran parte de las familias a abandonar transitoriamente sus territorios. En el momento en el que comenzamos este estudio y en el transcurso del mismo, muchas de ellas estaban recomponiendo sus viviendas y su entorno.

En este ensamblaje metodológico (Wajcman *et al.*, 2007) se han examinado particularmente tres ámbitos a lo largo del trabajo de campo:

- a. Los dispositivos de atención en salud, analizando las relaciones, saberes y prácticas de los diferentes actores que configuran el pluralismo asistencial al que acuden las familias del Bañado Sur, con la intención de restituir principalmente la trayectoria de las USF⁸⁰.
- b. Los itinerarios de salud de diferentes familias explorando los procesos de salud, enfermedad y atención pasados y en curso, centrándose especialmente en la experiencia de lo que es importante para las personas y familias.

79 Siguiendo los códigos y guías éticas de la disciplina antropológica (AAA, EASA, ABA) que señalan que “las antropólogas y los antropólogos deben evitar daños a las personas que participan en sus investigaciones y velar por su integridad, su autonomía y su dignidad” (Del Olmo, 2010).

80 Ha incluido a doctores/as generalistas y especialistas, obstetras, enfermeros/as, agentes de salud, técnicos/as de programas de salud nacionales e internacionales, farmacéuticos/as y otros proveedores de medicamentos, así como parteras, médicos/as empíricos/as, yuyeras y referentes comunitarios/as.

- c. Las tecnologías de la salud, indagando el impacto de los medicamentos y remedios naturales, en sus usos y significados otorgados por parte de las distintas familias, de acuerdo a las condiciones de acceso a la salud en el contexto sociosanitario de la periferia de la ciudad de Asunción.

6 | Caracterización de las configuraciones familiares

En este apartado vamos a realizar un acercamiento a las principales características de las 24 familias⁸¹ que han formado parte de este trabajo con la intención de permitir una primera aproximación a las condiciones que inciden en los procesos de salud, enfermedad y atención a partir del análisis de varias dimensiones demográficas, socioeconómicas, habitacionales y epidemiológicas de las mismas.

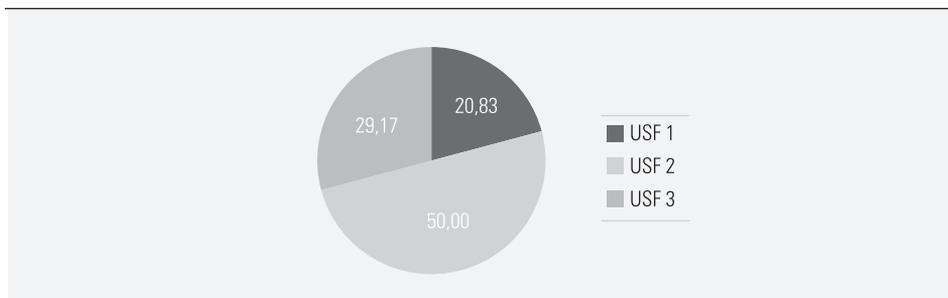
Estos datos fueron recabados mediante la herramienta metodológica de una ficha social familiar y clínica completada durante las visitas domiciliarias a los hogares⁸² con las doctoras especialistas y a través de los variados encuentros etnográficos a lo largo de trabajo de campo.

Las interlocutoras principales en la realización de las historias sociales y clínicas de las 24 familias, fueron 23 madres de composiciones familiares heterogéneas y un varón padre de familia. Todas ellas pertenecen a uno de los territorios sociales de las tres USF escogidas para el estudio.

81 Las familias son entendidas desde la antropología social y cultural como “unidades sociales complejas” de múltiple diversidad configuracional basadas en un “conjunto de relaciones interdependientes históricamente definidas con fines de reproducción primaria en diversos ámbitos de la relación individuo sociedad, tales como: crianza, socialización, seguridad, afectos, sexualidad, disciplinamiento, subsistencia material, etc. Estas relaciones se organizan a través de su imbricación con el espacio, el tiempo, el parentesco biológico y/o político, el poder, la autoridad, la legislación, etc.” (González, 2013: 90; Yanagisako y Collier, 1994; Carsten, 2004; Tarducci, 2013).

82 Este estudio ha tomado como unidad de análisis la familia seleccionada si bien en un mismo hogar pueden coexistir más de una. Se suele diferenciar en las clasificaciones oficiales censales entre familia unipersonal, monoparental, biparental, homoparental o compuesta, etc. Los hogares pueden ser a su vez unipersonales, multipersonales familiares (nucleares, extendidos o compuestos) o multipersonales sin núcleo.

Gráfico N° 2. USF de referencia de las familias entrevistadas

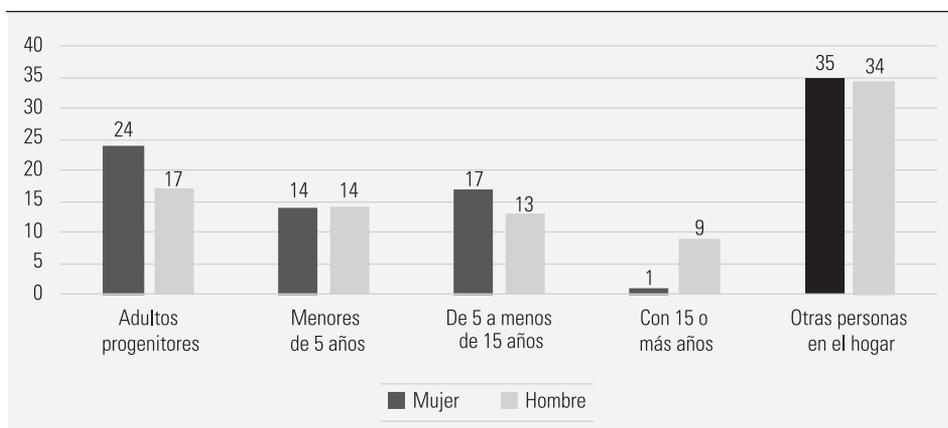


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

6.1 | Composición familiar y condiciones socioeconómicas

Las 24 familias seleccionadas estaban compuestas por un conjunto de 109 miembros, al que se sumaban 69 personas con los que compartían residencia. Comprenderían un total de 178 personas (91 mujeres y 87 hombres) considerados familiares emparentados en su mayoría en hogares multipersonales familiares extensos.

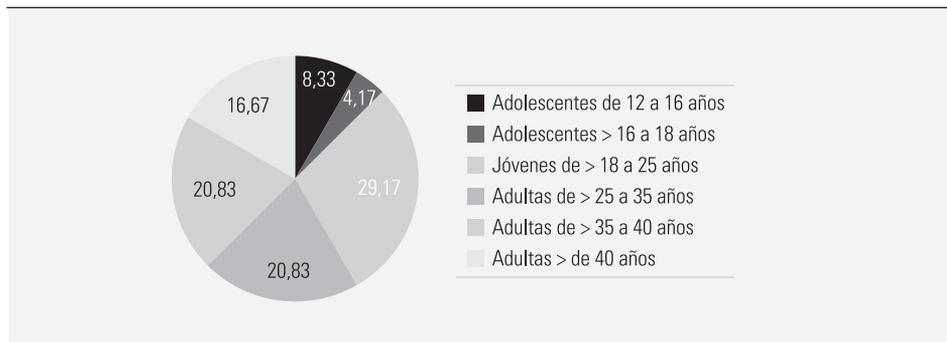
Gráfico N° 3. Distribución por grupo de edad y sexo de los miembros de las familias entrevistadas y hogares visitados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

El promedio de edad de las personas entrevistadas en el momento de la primera visita fue de 30,4 años. La más joven tenía 16 y la de mayor edad 52 años. Las madres adolescentes de 18 y menos años comprendieron un total del 12,50%.

Gráfico N° 4. Edad de las mamás y el papá entrevistadas/o



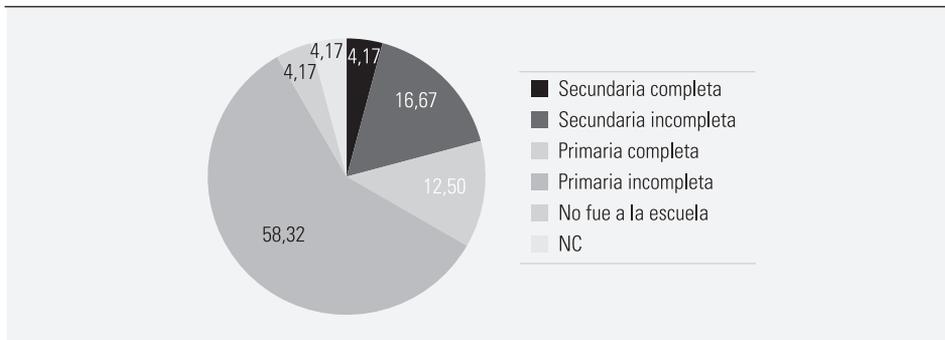
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Un 58,32% de las personas entrevistadas no habían terminado los estudios primarios, siendo 5 años de escolaridad la media de cursos escolares de aquellos/as con la primaria incompleta. Este dato expresa un bajo nivel de estudios entre una proporción importante de la población entrevistada. El grado más elevado alcanzado fue la secundaria completa por una mamá de 38 años (4,17%). Cabe destacar también que un 16,67% estaban cursando estudios secundarios; y otra de 43 años nunca había acudido a la escuela.

En contraste, en la ciudad de Asunción el promedio de años de estudios de la población de 15 años y más edad pertenecientes al nivel socioeconómico bajo es de 8 años. Sin embargo, en los estratos económicos más altos, el promedio se eleva a 13 años lo que equivale al primer año de estudios superiores o universitarios⁸³.

83 DGEEC (2018b) *Estratificación socioeconómica por segmentos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2012*. Fernando de la Mora (Paraguay).

Gráfico N° 5. Nivel de estudios terminados de las mamás y el papá entrevistadas/o



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

En las distintas visitas domiciliarias realizadas a lo largo del trabajo de campo, una proporción importante de las entrevistadas eran amas de casa (54,15%). No obstante, también el estudio incorporó madres que desempeñaban ocupaciones diversas (ganchera⁸⁴, claseadora o acopiadora-intermediaria de materiales reciclables, despensera, vendedora de comida, o de frutas y verduras), muchas de ellas relacionadas con el mundo del reciclaje.

En el caso de las madres amas de casa, varias de ellas habían trabajado anteriormente fuera del grupo doméstico: una estuvo ocupada por varios años como empleada de hogar; otra como dependiente en un supermercado; otra como mesera en una lomitería⁸⁵; dos mamás eran antiguas trabajadoras del vertedero retiradas; y otra combinaba el cuidado de los/as menores con la venta ocasional de productos higiénicos. A excepción de una sola familia, todas las demás de alguna manera tenían relación con la economía del reciclado bien como actual o antigua trabajadora en el vertedero, bien como pareja, hija o nuera de recicladores/as. Este aspecto destaca la inserción particular de la población en la economía urbana de la ciudad.

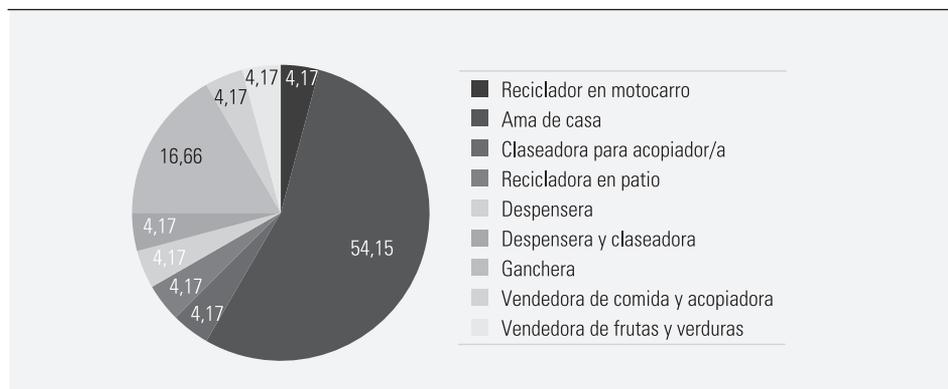
Respecto a la autonomía económica de las mujeres entrevistadas, de las 12 amas de casa tan solo una de ellas disponía de una actividad que le permitiera obtener ingresos propios en el momento de la entrevista. En el caso de las otras 11 mamás (47,82%), dependían económicamente de su pareja o familiares con las/os que convivían. Del

84 Trabajadora en el vertedero municipal como recicladora. Se le denomina ganchera porque su herramienta principal de trabajo es un gancho.

85 Local gastronómico donde se sirven sándwich de lomo de vaca entre otros platos.

total de mamás entrevistadas, 9 de ellas (39,13%) contaban con ingresos propios, conciliando el trabajo remunerado con el no remunerado del hogar y la responsabilidad de los cuidados de su familia; cuidados que abarcan tanto el ámbito afectivo como material indispensables para el sostenimiento de la vida y la reproducción social. Todas ellas, independientemente de su condición sociolaboral, han desempeñado un papel protagonista como cuidadoras principales en los distintos itinerarios de salud que han tomado los diferentes miembros de su familia. Con ello, queremos destacar la importancia central de su rol en el bienestar del grupo doméstico. Ello nos habla a su vez de una marcada división sexual del trabajo respecto a las responsabilidades del cuidado entre la población.

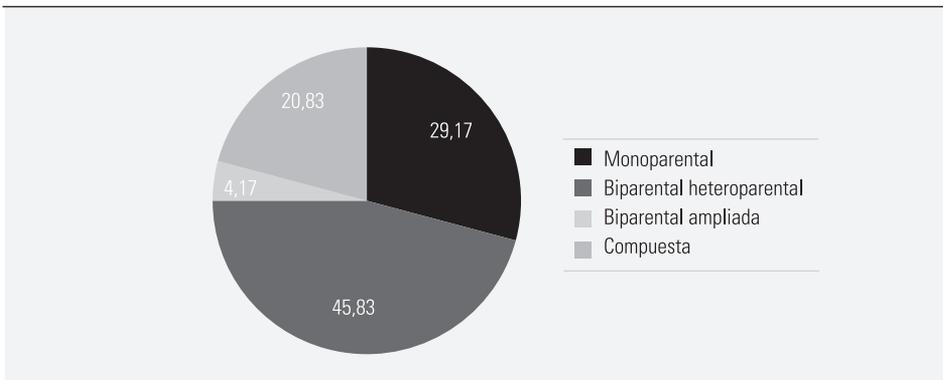
Gráfico N° 6. Ocupación principal de la persona entrevistada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Atendiendo a la composición familiar de las personas entrevistadas, un 29,17% formaban parte de familias monoparentales encabezadas por mujeres responsables de hogar, un 20,83% pertenecía a familias compuestas donde el padre no era el progenitor biológico del conjunto de los/as hijos/as. El 45,83% de las familias eran biparentales heteroparentales, es decir, todos los/as hijos/as que vivían en el hogar eran de un padre y madre común; y una de las familias, también biparental heteroparental, acogía a varios/as menores de parientes y vecinos/as.

Gráfico N° 7. Composición familiar de la persona entrevistada



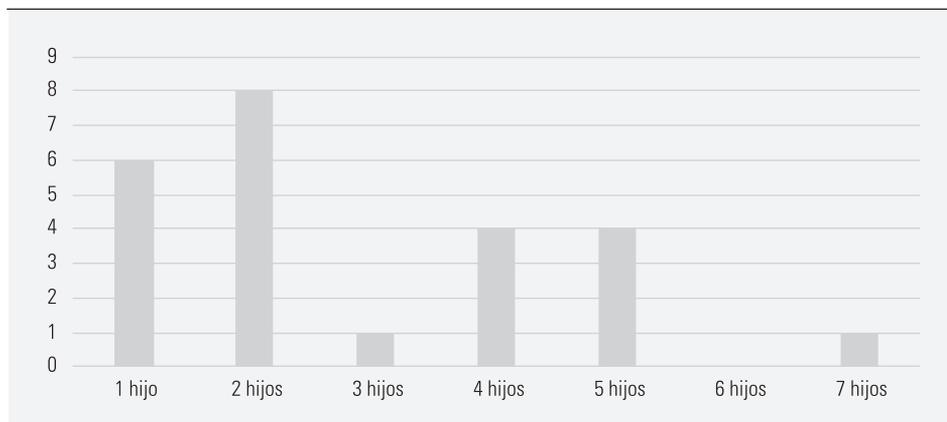
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

La ocupación de la pareja de la persona entrevistada fue diversa, predominando también la actividad del reciclado en el 37,50% y siendo la de trabajador en el vertedero municipal la prevalente en un 25%. Otros trabajos desempeñados por las parejas de las entrevistadas fueron: tractorista o mecánico, encargado de edificio, pescador, pintor, funcionario público, decorador de fiestas, vendedor de comida o verdura, albañil o changeador. En el caso del único hombre entrevistado, él era reciclador y su pareja era ama de casa.

Un total de 68 hijos/as convivían durante el periodo de investigación con las madres o padre entrevistado/as. El 41,67% de las entrevistadas vivía con 3 o más hijos/as con un mínimo de 1 hijo/a y un máximo de 7 hijos/as. En contraste, en Paraguay, el número promedio de hijos/as por mujer es de 2,6⁸⁶ y el número medio de hijos/as por mujer en Asunción es de 1,92⁸⁷.

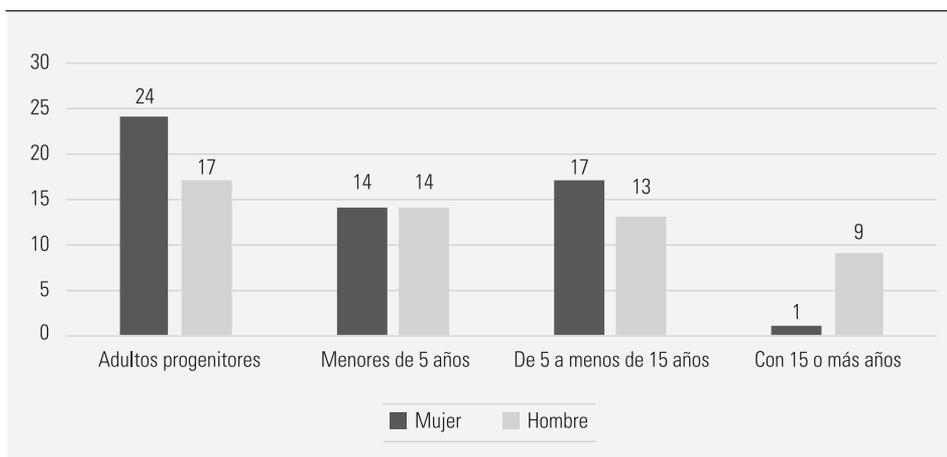
86 DGEEC (2015b) *Proyección de la Población, Revisión 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

87 DGEEC (2018) *Asunción. Proyecciones de la Población por Sexo y Edad 2018*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

Gráfico N° 8. Número de hijos/as con los que convive la persona entrevistada

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

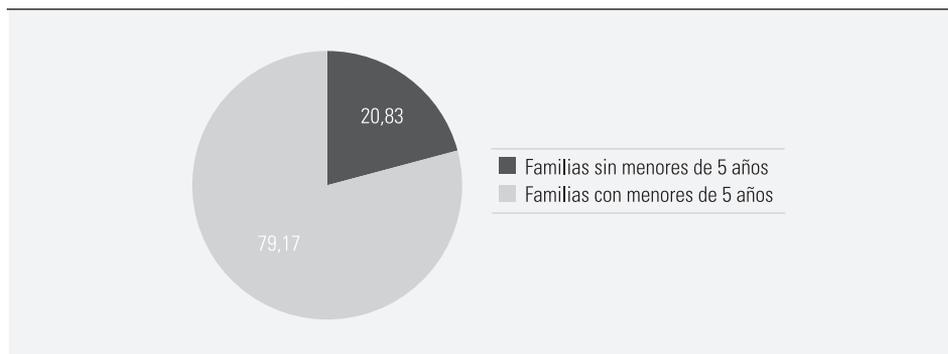
La distribución etaria de los/as hijos/as que vivían en el núcleo familiar fue de 28 menores de 5 años, 30 hijos/as de entre 5 a 14 años y 10 hijos/as de 15 o más años. Tan solo 6 familias convivían con hijos/as de 15 y más años. De estos/as últimos/as, tan solo 6 hijos/as tenían más de 20 años, quienes trabajaban como mecánico de motos, reciclador/a en el vertedero o cuidadora de ancianos/as.

Gráfico N° 9. Distribución por grupo de edad y sexo de los/as miembros de la familia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Las familias entrevistadas con hijos/as menores de 5 años supusieron el 79,17%, un conjunto de 19 familias. Cerca de un tercio de las familias entrevistadas (29,17%) tenían a su cargo dos o tres menores de 5 años. El número de familias monoparentales con mujeres jefas o responsable de hogar con al menos un menor de 5 años a cargo supuso el 25% de las entrevistadas, con un total de 9 menores.

Gráfico N° 10. Familias con/sin hijos/as menores de 5 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

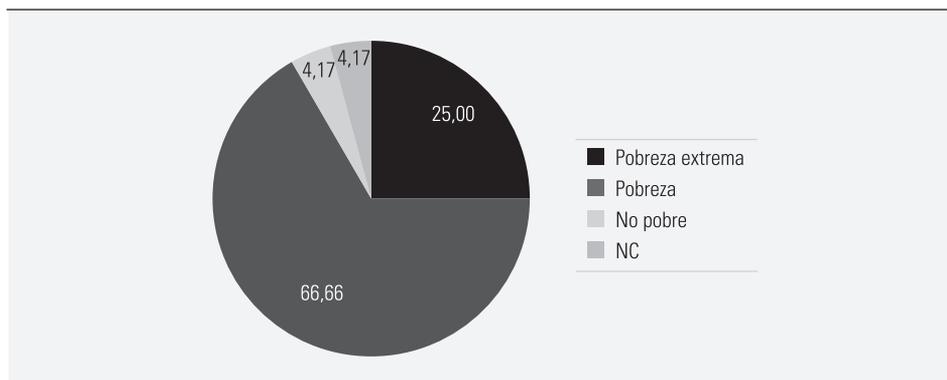
De las 24 familias entrevistadas, 3 de ellas (12,5%) tenían a su cargo el cuidado de personas dependientes con diversidad funcional o en situación de discapacidad: una niña con disminución auditiva, otra con síndrome de Down y una tercera con parálisis cerebral infantil, las tres menores tenían 9 años.

Según el boletín de Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso de la DGEEC (2018a) publicado en marzo 2018, el costo mensual por persona de una canasta de alimentos o Línea de Pobreza Extrema en el área urbana era de 256.881 guaraníes (~44USD) mensuales por persona, y para la Línea de pobreza 664.297 guaraníes (~113USD) mensuales por persona. Ajustándonos a estos valores, de las 24 familias entrevistadas al menos un 66,66% se encontraba en situación de pobreza y en condiciones de pobreza extrema un 25%.

Tomando en cuenta estos datos y otros oficiales, podemos señalar que Asunción es una ciudad con marcadas y amplias disparidades de ingreso, acceso a la protección social y al empleo formal, donde según la EPH (2015) el 20% de los hogares más pobres de la ciudad alcanzaba un promedio de ingreso mensual de algo más de 2.000.000 guaraníes (aprox. 339 USD) mientras el 20% más rico alcanzaba casi los 19.000.000 guaraníes (aprox. 3.200 USD).

Del conjunto de las familias entrevistadas, únicamente dos estaban incluidas en el Programa Abrazo⁸⁸ y dos jóvenes mamás empezaron a recibir prestación social del Programa Tekoporá⁸⁹ durante el periodo de trabajo de campo. En la mayoría de los casos, las familias nunca habían recibido ayuda por menores a cargo Tekoporá y en cuatro casos su última cuota (de 72 totales) se había cancelado recientemente o se daría al mes siguiente.

Gráfico N° 11. Situación de las familias por ingreso per cápita mensual



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

En relación a la protección en salud, tan solo una de las 24 entrevistadas tenía un cónyuge afiliado al seguro de IPS. En este caso, en el momento de la primera visita, ninguno de los miembros de la familia (madre e hijos/as) disfrutaba de los servicios del asegurado, aunque más tarde el padre incluyó al conjunto de la familia. El resto de familias (95,83%) no contaba con seguro médico de IPS ni con uno privado. Según la EPH (2015), en Asunción un 43,36% de la población no dispone de seguro médico.

88 Programa implementado actualmente por el Ministerio de la Niñez y la Adolescencia (anteriormente, Secretaría). Abrazo es un programa nacional de transferencia condicionada para la disminución progresiva del trabajo infantil (menores de 15 años) que suma los componentes de: calle, familia, centros y redes de protección. Es una iniciativa que nació desde la sociedad civil. Se desarrolla desde abril de 2005 al 2007 en organizaciones no gubernamentales y desde el año 2007 pasa a la Secretaría de Acción Social luego en noviembre del año 2008 pasa a la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

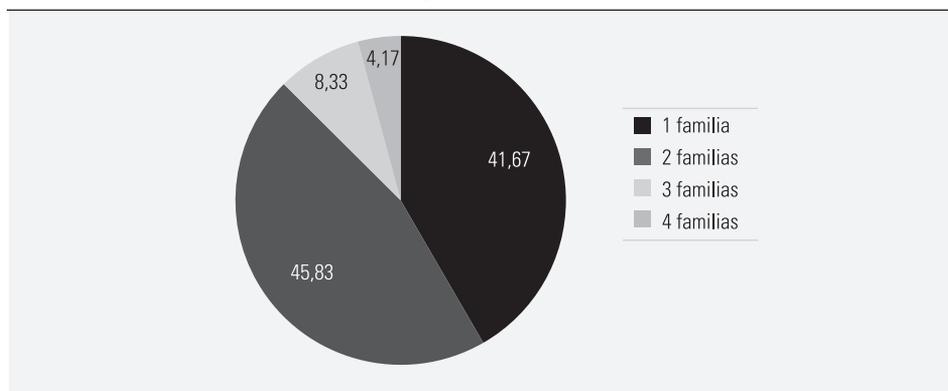
89 Programa que desde el año 2005, atiende hogares en condición de extrema pobreza mediante la entrega de transferencias monetarias sujetas al cumplimiento de corresponsabilidades durante 72 meses consecutivos. La iniciativa depende de la Secretaría de Acción Social y tiene cobertura nacional.

6.2 | Condiciones habitacionales

El lugar de residencia de las familias entrevistadas en muchos casos era compartido con otros parientes: padres y/o hermanos/as, suegros/as, nueras y cuñados principalmente de algún miembro de la pareja, siendo considerados hogares multipersonales familiares extendidos. En un 58,33% de los casos, éstas convivían con otras familias distintas en el espacio de residencia. En uno de los casos, compartían lugar de convivencia hasta cuatro familias.

Entre aquellas que residían en un predio independiente (41,67%), la vivienda de algún familiar directo (padres, hermanos/as o hijos/as) se ubicaba en el patio colindante o en la misma cuadra. Este hecho manifiesta una presencia muy próxima de las redes sociales primarias de apoyo en la totalidad de las familias. Este aspecto es relevante en relación a una relativa autonomía de las mujeres, ya que en muchas ocasiones esta situación facilita la oportunidad de convenir, distribuir y compartir costos cotidianos como la alimentación, así como las cargas de trabajo no remunerado doméstico y de cuidados de las mamás, quienes son las que se encargan principalmente de estas labores, compartiendo la responsabilidad a veces con otros/as familiares (que en la mayoría de las ocasiones también son mujeres).

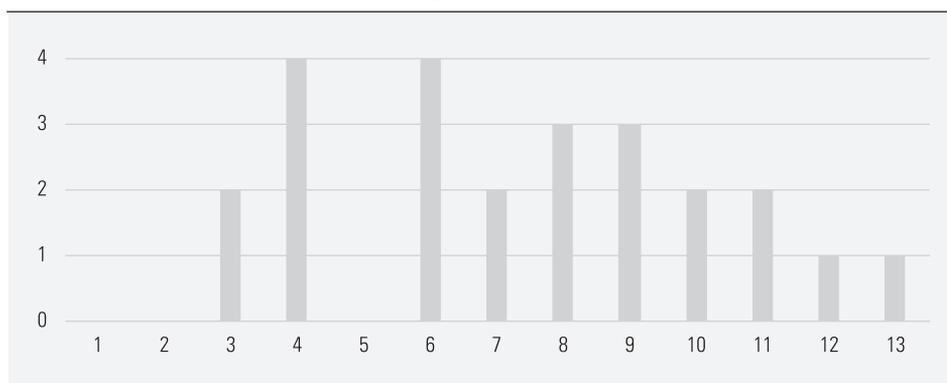
Gráfico N° 12. Número de familias por hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

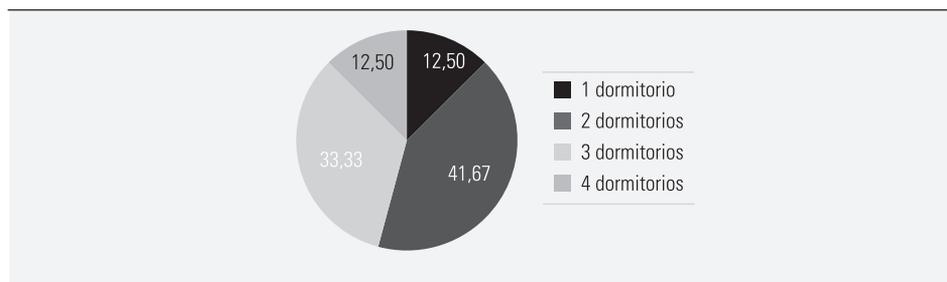
El tamaño promedio de los hogares⁹⁰ era de 8,45 personas con un mínimo 3 personas y un máximo 13 personas. En el 75% de los casos, vivían 6 o más personas en un mismo hogar. Sin embargo, el número medio de dormitorios por espacio de convivencia era de 2,67. En el 75% de los casos se daba un promedio de más de 3 personas por dormitorio. El 54,17% de los hogares contaba con una o dos habitaciones utilizadas como dormitorio. En la ciudad de Asunción comparativamente el promedio de personas por vivienda es de 3,9 y la media de dormitorios por vivienda de 2,5⁹¹.

Gráfico N° 13. Número de personas por hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Gráfico N° 14. Número de dormitorios por hogar



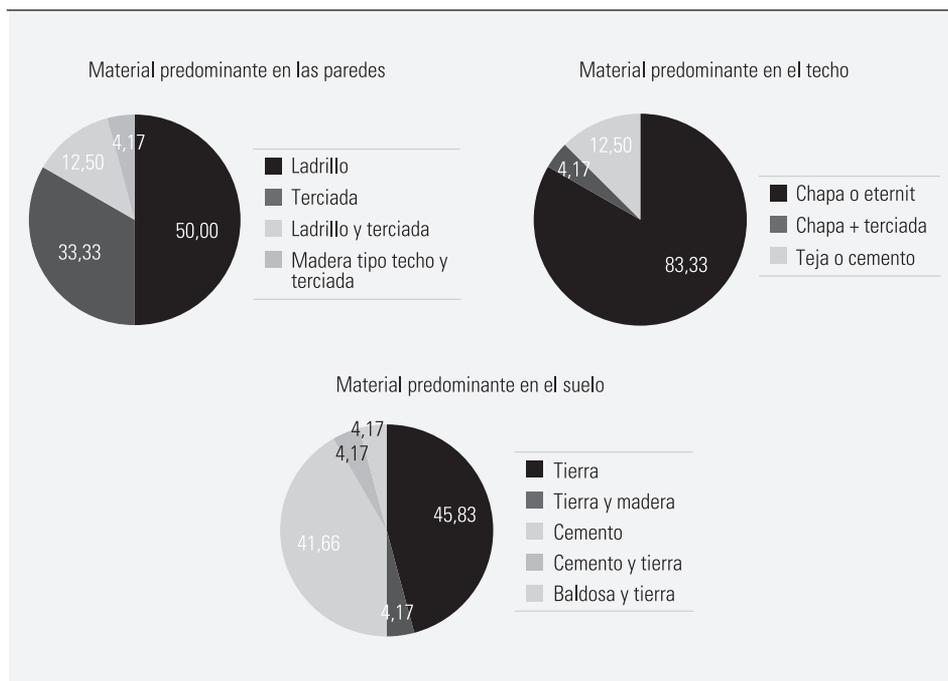
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

90 Tomamos en cuenta el hogar y no como unidad de análisis la familia entrevistada porque cuando éste es compartido la gestión de los espacios se realiza en conjunto pudiendo variar al interior del mismo. Mientras que cuando queda delimitado el hogar de la familia como independiente, aunque los parientes vivan en terrenos anexos, la organización del mismo hemos observado se respeta como autónoma.

91 DGEEC (2018d) *Asunción, Principales indicadores de vivienda, 2012 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

Respecto a las características de las viviendas, el material predominante de las paredes en un 50% era el ladrillo y más de un tercio (33,33%) vivían en casas cuyas paredes son de láminas de terciada⁹². En relación a la calidad de los techos, pre-
 valecían manifiestamente las cubiertas de chapa o fibrocemento en un 87,50%. Las características de los suelos, en un 45,83% era la tierra el elemento principal. Estas cifras evidencian, además de unas condiciones materiales heterogéneas de los hogares entrevistados, una innegable precariedad de los mismos con un déficit habitacional cualitativo importante. Esta situación se enmarca en un contexto de difícil acceso al suelo urbano, con un mercado formal de la vivienda en la ciudad inaccesible para muchos hogares y con una falta de políticas públicas que facilite la provisión de una vivienda adecuada y asequible económicamente entre los sectores más empobrecidos de la capital.

Gráfico N° 15. Materiales predominantes en paredes, techo y piso

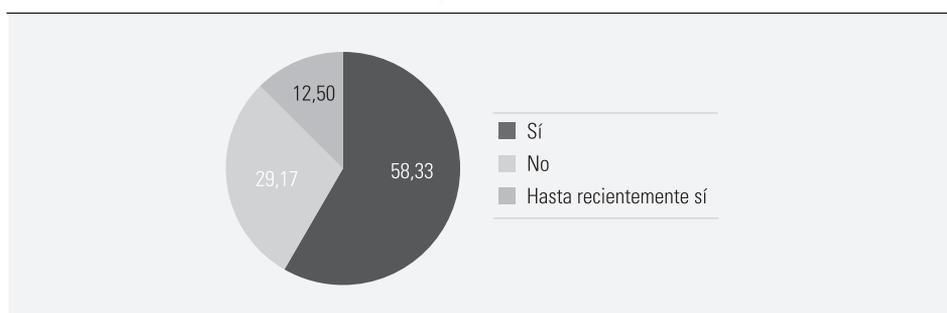


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

92 Lámina fina de madera.

Todos los hogares contaban con energía eléctrica a través de instalaciones informales precarias y provisión de agua a través de la ESSAP (Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay). Sin embargo, en un 70,83% manifestaron tener problemas de disposición de agua corriente o haber tenido inconvenientes en su suministro hasta un periodo reciente menor a tres meses. Las principales dificultades respecto al agua fueron asociadas generalmente a la falta de presión, el estado deteriorado de las tuberías que por su antigüedad y frágil calidad generan fugas, o por el aplastamiento de las mismas en algunos tramos por el vertido de escombros y el tránsito de camiones pesados.

Gráfico N° 16. Problemas de provisión de agua corriente



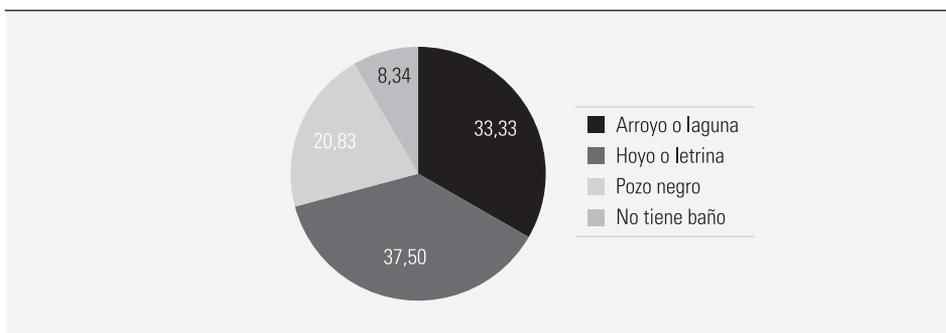
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Durante los meses en los que se desarrolló el trabajo de campo para este estudio, la ESSAP instaló nuevas cañerías en un sector importante del territorio que por largo tiempo tuvo una provisión de agua muy escasa e intermitente, especialmente durante la estación de verano. En algunas cuadras el suministro de agua apenas era existente. Esta situación daba lugar al despliegue de diferentes estrategias cotidianas para obtener agua diariamente a través de la ayuda de vecinos/as o parientes cercanos/as. El acceso precario a servicios básicos como el agua corriente tiene un importante impacto en el tiempo dedicado a la higiene personal y las tareas domésticas, afectando el uso del tiempo de las mujeres fundamentalmente debido a que ellas son las principales encargadas de este tipo de tareas.

Únicamente una de las familias que visitamos compraba agua embotellada. La falta de agua y fuentes seguras de ésta, sumado a vivir en un ambiente degradado, expone de forma múltiple a la población ante problemas de salud que tienen relación con la carencia y precariedad de la infraestructura de servicios básicos que no siempre han sido uno de los objetivos prioritarios en las políticas públicas de salud en el territorio.

Con respecto a las instalaciones de saneamiento, la evacuación de aguas negras y excretas tenía como destino en un 33,33% los cauces hídricos internos (arroyos y lagunas) y en un porcentaje importante eran muy precarias. Como dato ilustrativo, cabe mencionar que el 37,50% de las familias entrevistadas tan solo disponían de letrina común o un hoyo cavado en la tierra o no tenían baño (8,34%). Se estima que en Asunción, tan solo un 69,8% de los hogares dispone de desagüe cloacal unido a la red de alcantarillado público⁹³.

Gráfico N° 17. Evacuación de excretas de los hogares

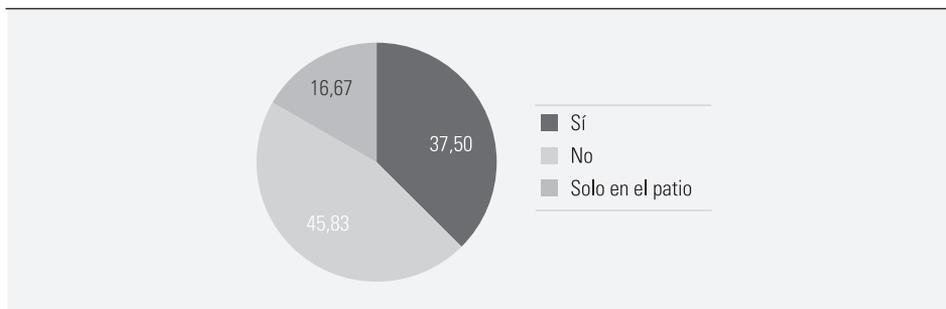


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Además, un 37,50% de las familias expresaron estar afectadas por la entrada de agua sucia de raudal al interior de sus viviendas, principalmente debido al desborde de arroyos colindantes los días de intensa lluvia⁹⁴. A esto se suma, un 16,67% que señaló que el agua de raudal se depositaba o atravesaba su patio. Este hecho apunta a los raudales como agentes de deterioro y daño para muchos hogares y señala que algunos sectores son más fuertemente impactados recurrentemente que otros por las aguas de lluvia en el mismo territorio (Rivelli *et al.*, 2014).

93 DGEEC (2018d) *Asunción, Principales indicadores de vivienda, 2012 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

94 En la ciudad de Asunción predomina un clima subtropical húmedo con un promedio de precipitaciones mensuales de alrededor 150 mm entre los meses de noviembre y mayo e intensas temperaturas que rondan o superan los 30 grados durante este mismo periodo del año, siendo los meses de diciembre y enero los más intensos en calor y lluvias.

Gráfico N° 18. Familias afectadas por agua de raudal dentro de su casa o patio

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Respecto a la eliminación de residuos sólidos de los hogares, al poco tiempo de iniciar nuestro trabajo de campo, en uno de los sectores del territorio se comenzó a realizar dos veces por semana la recolección de basuras por parte del servicio municipal, el cual daba cobertura tan solo a las cuadras de los sectores más consolidados con ruta asfaltada o empedrado (a un 20,83% de las familias del estudio). Sin embargo, la prestación de este servicio no llegó a alcanzar un año de duración. No obstante, a lo largo de este periodo se evidenció un uso regular del servicio municipal de recolección de basura por parte de los hogares, pudiéndose observar durante este lapso una menor presencia de desechos en los cauces de los arroyos en estos tramos a diferencia de otros momentos. Aquellos hogares incluidos en nuestro trabajo que no disfrutaban del servicio de recogida municipal de residuos (79,17%) en su mayoría utilizaban los desechos como relleno para ampliar el fondo de sus patios o predios vecinos que más tarde cubrían con escombros; o bien recurrían a la quema de los residuos hacia el final de la tarde. Tan solo una de las familias en aquel momento tiraba los desechos al arroyo. Cabe aclarar también que generalmente los desperdicios de comida eran ofrecidos como alimento a los animales que se crían en el hogar. En contraste con la situación del territorio, en el conjunto de la ciudad de Asunción se estima que el 87% de los hogares dispone de servicio de recolección de basuras municipal⁹⁵.

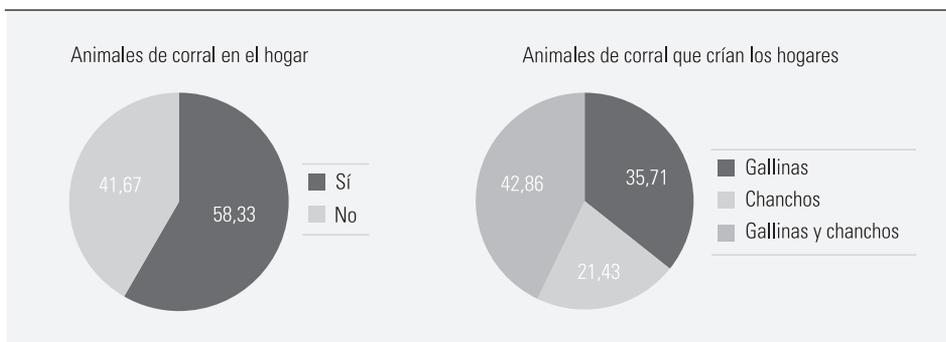
La quema de desechos, sumado a que el combustible para cocinar en un porcentaje importante de los hogares es el carbón, así como la quema regular de cables y otros

95 DGEEC (2018d) *Asunción, Principales indicadores de vivienda, 2012 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.

plásticos en las orillas de este territorio a la tardecita, contribuye a una calidad del aire deteriorada, situación que tiene efectos sobre la salud de sus habitantes.

En relación a la existencia de animales en el hogar, en un 37,50% contaban al menos con un perro. Con respecto a la presencia de animales de corral en el espacio de residencia, más de la mitad de las familias (58,33%) señalaron que criaban gallinas o chanchos en sus patios. Un 42,86% de las familias que tienen animales de corral crían conjuntamente chanchos y gallinas. Tan solo un 29,17% de las familias no contaban con ningún animal en su domicilio. Cabe resaltar, que los perros en los hogares no son conceptualizados como mascotas sino como agentes de protección de las viviendas y los chanchos como resguardo ante eventualidades críticas y excepcionales.

Gráfico N° 19. Animales en el hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

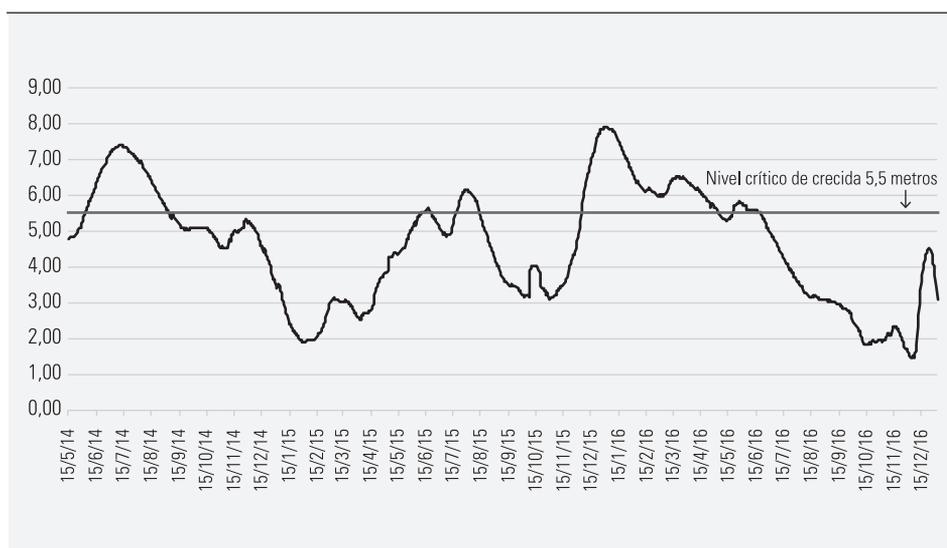
Las viviendas de las familias que formaron parte de este estudio estaban situadas en diferentes sectores del territorio, por ello, se vieron afectadas de forma diferencial ante las crecidas extraordinarias del río Paraguay acontecidas entre junio del 2014 y junio del 2016⁹⁶ dependiendo de su proximidad al río y otros cauces hídricos como arroyos y lagunas que atraviesan el área. Durante este periodo se dieron tres picos importantes⁹⁷: el 14 de Julio del 2014 alcanzando la altura de 7,37 m; el 29 de Julio

96 El Nivel Crítico del río Paraguay en Asunción fue rebasado el 3 de junio del 2014 con una medida de 5,51m. Hasta el 19 de junio del 2016 el nivel del río Paraguay en Asunción no estuvo por debajo del Nivel Crítico, por debajo de los 5,5 metros (5,49 m marcaba en dicha fecha). Según estimaciones oficiales, el Nivel de Alerta en Asunción se calcula en los 4,5 m, el Nivel Crítico en 5,5 m y el Nivel de Desastre en los 8 m.

97 Fuente: <https://www.meteorologia.gov.py> – Dirección Nacional de Aeronáutica Civil. Dirección de Meteorología e Hidrología del Gobierno de la República de Paraguay.

del 2015 subiendo a 6,15 m y el 1 de Enero del 2016 llegando a su pico máximo con 7,88 m (Monte Domecq *et al.*, 2016). El 12,50% de las familias no tuvieron que desplazarse en ninguna ocasión por la crecida del río durante este periodo. Un 8,23% salieron en una ocasión. Sin embargo, el 79,17% de las familias entrevistadas se vieron obligadas a trasladarse en al menos dos ocasiones por la suba de río.

Gráfico Nº 20. Nivel del Río Paraguay (en metros) en Asunción entre el 15 de mayo 2014 y el 1 de enero 2017

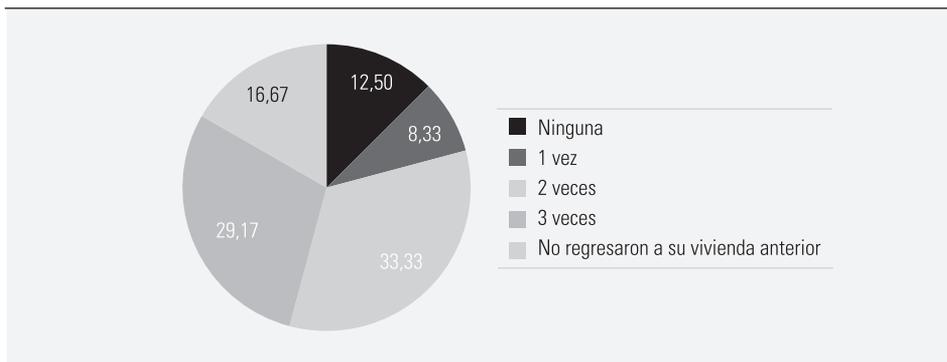


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección Nacional de Meteorología e Hidrología. Dirección Nacional de Aeronáutica Civil. Gobierno de la República de Paraguay.

El desplazamiento de las familias se realizó de forma autoorganizada por iniciativa de los/as propios/as pobladores/as a las plazas, paseos y veredas públicas cercanas al área de los bañados en busca de refugio, organizados por grupos barriales. Éstos/as intentaron preservar fundamentalmente la proximidad a sus vecinos/as, despensas donde mantenían sus libretas de fiado y las escuelas donde estaban escolarizados/as sus hijos/as para que, pese a la crítica situación, no perdieran días de estudio. El número de salidas por motivo de la suba del río, así como el tipo de afectación por raudal de los diferentes hogares nos ayuda a dibujar la orografía del territorio y la dinámica de aguas al seno de éste en relación a la ubicación de cada hogar y la forma de instalación de los mismos. Nos permite conocer los diferentes niveles de impacto de las

aguas sobre éstos. En el caso de 4 familias entrevistadas, éstas no pudieron regresar a sus anteriores viviendas bien porque el lote fue vendido ante una situación de crisis de salud familiar, bien porque el área donde vivían quedó cubierta a partir de entonces por las aguas del río debido a los cambios que experimentó el terreno tras la crecida.

Gráfico N° 21. Número de desplazamientos de familias en los tres picos de crecida extraordinaria del río Paraguay entre mayo 2014 y enero 2016

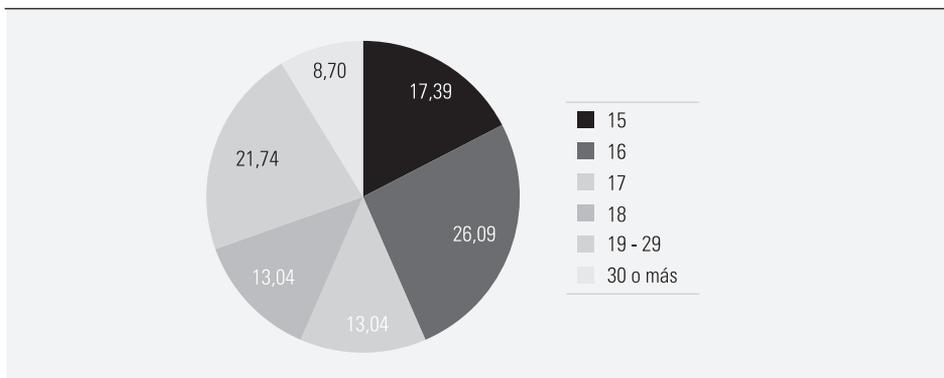


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

6.3 | Condiciones epidemiológicas

Entre las mamás entrevistadas, el promedio de edad cuando tuvieron su primer hijo fue de 18,82 años. En el 56,52% de las mamás, su primer hijo nació antes de ellas cumplir los 18 años, y al menos 5 (21,74%) de las 23 madres manifiestan haber tenido una pérdida o interrupción del embarazo.

Gráfico N° 22. Edad de la mamá entrevistada cuando nació su primer hijo/a



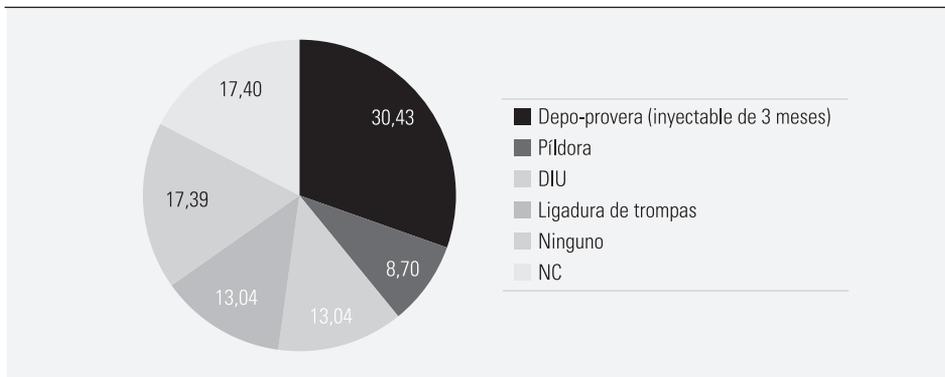
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Respecto al método anticonceptivo utilizado por éstas, más de un tercio (30,43%) estaba utilizando Depo-provera⁹⁸, comúnmente conocida como inyectable de los tres meses, aplicada en alguna de las USF de zona en su mayoría o en un hospital público cercano. Dos utilizaban píldoras anticonceptivas que eran suministradas también por su USF de referencia. En tres casos utilizaban DIU⁹⁹ conocido también como T de cobre. Otras tres se habían realizado ligadura de trompas después de su 5º, 6º y 7º hijo/a. Cuatro no utilizaban ningún método anticonceptivo en ese momento: tres porque habían llegado a la menopausia, la cuarta mamá manifestaba que porque no tenía pareja en ese momento. En el caso de los/s hijos/as menores de 5 años, todos/as nacieron en medio hospitalario, en contraste con los escolares, adolescentes e hijos/as de mayor edad donde predominó el parto domiciliario. A lo largo del trabajo de campo, nacieron cuatro bebés de las 23 mamás entrevistadas. Tan solo tres entrevistadas afirmaron haber utilizado alguna vez preservativo y cuatro de las mamás nunca se habían realizado PAP.

98 Depo-Provera es una marca conocida de acetato de medroxiprogesterona, una inyección anticonceptiva dirigida a mujeres que contiene la hormona progestina.

99 DIU o dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo en forma de T que se coloca en el interior del útero para impedir el anidamiento del óvulo fecundado.

Gráfico N° 23. Método anticonceptivo utilizado por la mamá entrevistada



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Con relación a los motivos de internación hospitalaria, del conjunto de personas adultas entrevistadas de las 24 familias (23 mamás y un varón), la mitad (50%) de las mamás afirmaron haber estado internadas en instituciones hospitalarias en alguna ocasión de su vida. En tres de ellas se dio durante la infancia y adolescencia. En un caso por neumonía con derrame pleural a los 13 años, en otro caso por diarrea a repetición cuando tenía 5 años y el tercero por intoxicación alimentaria tras ingerir un producto caducado a los dos 2 años. La internación de dos mamás fue a lo largo del periodo de trabajo de campo. Éstas fueron sometidas a cirugía por piedras en la vesícula (Colecistitis)¹⁰⁰. Pocos meses atrás, una de las mamás afirmó que se había internado por Amigdalitis. Otras hace más tiempo habían sido ingresadas en el hospital: una debido a un legrado uterino a los 19 años, en otro caso por tratamiento de toxoplasmosis tras el parto hace tres años, y dos durante el embarazo: una por infección de las vías urinarias y otra por amenaza de parto prematuro con Tricomoniasis¹⁰¹.

Tan solo dos mamás se habían internado en dos ocasiones: una por virus de Influenza durante la gestación de sus dos últimos hijos en los tres años anteriores, la otra por una Apendicectomía¹⁰² hace más de cinco años y por amenaza de aborto en su primer embarazo. El varón entrevistado nunca fue internado pese a manifestar

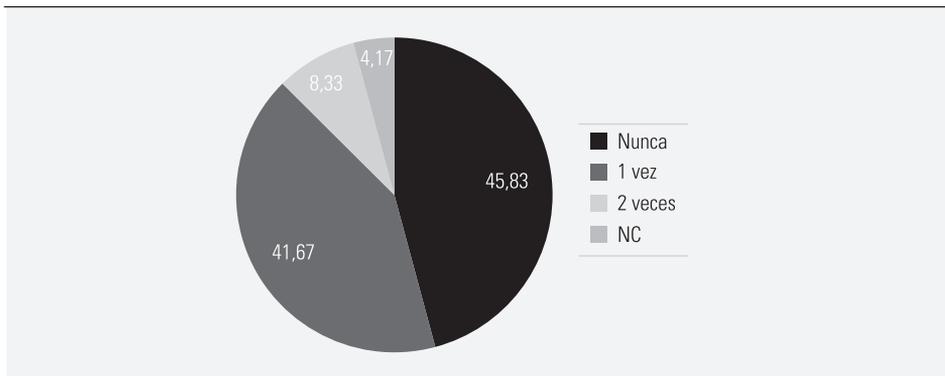
¹⁰⁰ Inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar que comúnmente se genera por la presencia de cálculos.

¹⁰¹ La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por la infección transmitida por un parásito protozoario llamado *Trichomonas vaginalis*.

¹⁰² Técnica quirúrgica mediante la que se extrae el apéndice.

severas secuelas de infecciones dentarias en ambos lados del rostro y una fractura del brazo izquierdo que tuvo en la infancia mal recuperada que le impide cerrar la mano.

Gráfico N° 24. Número de internaciones de las mamás y el papá entrevistadas/o

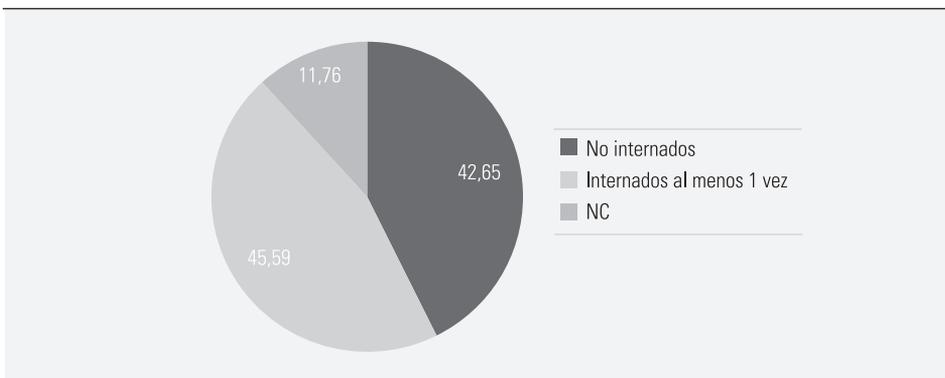


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

Entre los problemas de salud mencionados por las mamás entrevistadas acerca de sus parejas destaca el caso de uno de los cónyuges que había sufrido hacía dos años un infarto de miocardio que requirió cirugía. Otro fue internado con diagnóstico de tuberculosis, siguiendo su tratamiento tras el alta hospitalaria desde la USF de zona llegando a completarlo. Ambos habían sido atendidos en hospitales públicos. Dos más habían sido operados de apendicitis pocos años atrás, uno de ellos en un hospital público y otro en un sanatorio privado. No han sido numerosas las referencias de las personas entrevistadas acerca de la situación de salud y episodios de enfermedad de sus parejas varones, que generalmente han sido eludidas con un “él no se enferma luego” o “no le gustan los doctores”. Ello ameritaría un trabajo más detenido centrado en la salud particular de los hombres adultos.

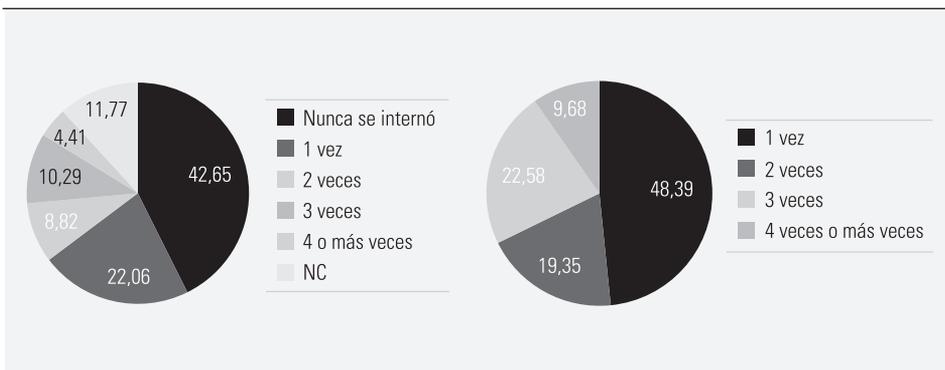
Respecto a los episodios de enfermedad que han requerido internación en el caso de los hijos/as de las familias entrevistadas. De los 68 totales, al menos en un 45,59%, la mamá reportó que tuvieron a lo largo de su vida al menos una intervención hospitalaria. Se internaron una vez el 22,06%, en dos ocasiones el 8,82%, tres veces 10,29% y 4 o más ocasiones un 4,41%.

Gráfico N° 25. Proporción de hijos/as con/sin internación hospitalaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

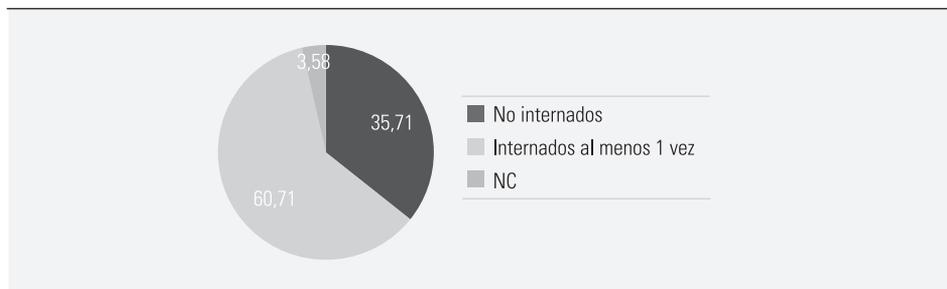
Gráfico N° 26. Número y recurrencia de internaciones de los/as hijos/as de las familias



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

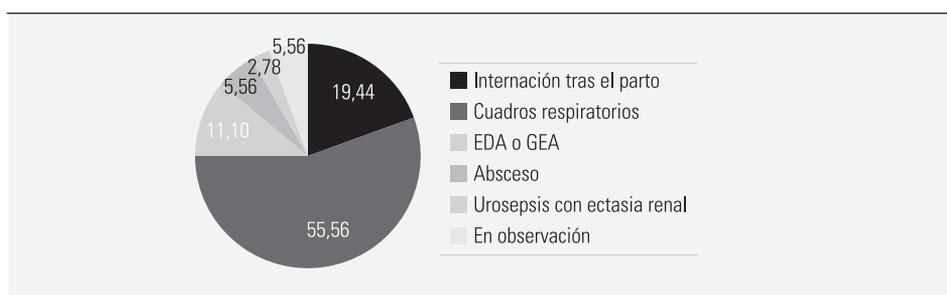
Por grupo etario, de un total de 28 niños/as menores de 5 años, el 60,71% había tenido al menos una internación con un total de 36 ocasiones. Entre los/as escolares y adolescentes de 5 a 14 años, se internaron al menos un 33,33%¹⁰³ alcanzando un total de 22 internaciones; y el 40% de los/as hijos/as con 15 o más años se había internado al menos en una ocasión.

¹⁰³ 10 hijos/as de los 30 totales en alguna ocasión según reportes de las mamás.

Gráfico N° 27. Proporción de niños/as menores de 5 años con/sin internación

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

En los menores de 5 años, entre los motivos de internación predominaron notoriamente, en primer lugar, los cuadros respiratorios severos¹⁰⁴ alcanzando un 55,56%¹⁰⁵. Entre los/as hijos/as de 5 a menos de 15 años predominaron también los cuadros respiratorios severos en un 59,09%¹⁰⁶ como motivo de ingreso principal hospitalario.

Gráfico N° 28. Motivos de internación en hijos/as menores de 5 años*¹⁰⁷

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

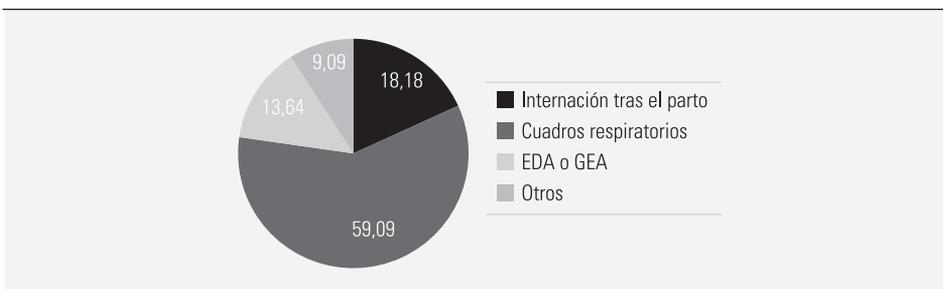
104 Los cuadros respiratorios severos más frecuentes encontrados fueron síndrome bronquial obstructivo, bronquiolitis y neumonía.

105 En tres ocasiones por neumonía, dos de las cuales fueron antes de cumplir un año. Las bronquitis durante el primer año de vida se dieron en 7 casos.

106 En 13 ocasiones en 7 niños/as. Uno/a de ellos/as habiéndose internado hasta en 4 ocasiones con tan solo 7 años de edad. Este mismo también estuvo ingresado por síndrome purpúrico en una ocasión antes de tener un año y en más de una ocasión por neumonía. Respecto a las internaciones antes de cumplir un año por cuadros respiratorios, éstas se dieron en 3 menores: una por bronquitis, otra por neumonía y un tercero por neumonía con derrame pleural. Con 6 meses de edad otra por diarrea con desnutrición moderada.

107 *EDA: Enfermedades diarreicas agudas, GEA: Gastroenteritis agudas.

Gráfico N° 29. Motivos de internación en hijos/as de 5 a menos de 15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en nuestro trabajo de campo.

En el caso de los menores de 5 años, en segundo lugar, se mencionaron las internaciones tras el parto¹⁰⁸ como motivo de internación. Otras causas de ingreso hospitalario fueron las diarreas o gastroenteritis agudas con diferentes grados de deshidratación¹⁰⁹, los abscesos, y en un caso por urosepsis con ectasia renal por E.coli. En los hijos/as de entre 5 a 14 años, el segundo motivo de internación hospitalario fue también tras el nacimiento¹¹⁰. En éstos, otras causas fueron por: diarrea, accidente de tránsito o síndrome purpúrico.

En relación al grupo etario de 5 a 15 años, tres de los/as hijos/as que estarían en edad adolescente habían fallecido. En uno de los casos por neumonía con un año y medio de edad, en otro caso en un accidente doméstico tras la caída de una chapa del tejado un día de viento con 3 años y 8 meses. Durante el trabajo de campo murió también, supuestamente por ahogamiento en el río (aunque no se investigó en profundidad el caso por las autoridades competentes), un adolescente de 15 años.

108 Situación que se dio en 7 de los casos, cuatro de ellos por ictericia del recién nacido. Uno de los/as niños/as estuvo 15 días internado por hipertensión pulmonar con asfixia perinatal, el cual necesitó de asistencia respiratoria mecánica por 11 días. Este menor se ha llegado a internar hasta 5 veces más por problemas respiratorios en poco más de tres años de vida.

109 En 4 casos, en dos de ellos se diagnosticó giardiasis.

110 En 4 de los casos, dos de ellos partos domiciliarios que requirieron posteriormente la internación del pequeño/a. Uno de los casos nació con tan solo 1,200 kg a los siete meses de gestación, estuvo por 4 meses internado en la sala de neonatos. Otro requirió de atención sanitaria por asfixia perinatal por 8 días. Un/a tercero/a, en el alumbramiento se utilizaron fórceps y estuvo 22 días en la unidad de cuidados intensivos. Tan solo en uno de los casos la internación tras el parto fue por ictericia por 10 días.

En el Bañado Sur, un problema de salud muy escasamente atendido por las políticas públicas es la situación de los/as consumidores/as de sustancias psicoactivas. En nuestro estudio, tres familias convivían con hijos varones mayores de 15 años consumidores habituales de “chespi” o crack¹¹¹ y dos jóvenes más (una mujer y un varón) habían sido consumidores frecuentes anteriormente.

Respecto al consumo alcohol, otro problema de salud desatendido en la zona, cuatro mujeres entrevistadas describieron incidentes pasados con sus parejas habiendo éste consumido de forma abusiva.

A lo largo del trabajo de campo los motivos de consulta a las Unidades de Salud a la Familia de la zona manifestados por las familias entrevistadas fueron fundamentalmente: los resfríos (en niños/as más frecuentemente), dificultad respiratoria, fiebre o la aplicación del anticonceptivo inyectable cada tres meses en el caso de mujeres en edad fértil.

Otra de las razones principales de consulta fue la vacunación de los/as menores, servicio de atención a la salud que desde las diferentes USF es brindado y monitoreado en cada microterritorio correspondiente, para cuyo cumplimiento se realizan avisos y visitas domiciliarias a las familias en aquellos casos que presentan retrasos en la aplicación de vacunas.

7 | Dispositivos de atención en salud

Este apartado se centra, en un primer momento, en la descripción de las diferentes formas de atención en salud disponibles y a las que usualmente recurren de forma simultánea y articuladamente las familias del territorio del estudio, en un contexto caracterizado por el pluralismo asistencial.

Posteriormente, en un segundo momento, se abordan particularmente las principales transformaciones en los últimos años de las relaciones, prácticas y sentidos de los/as distintos/as profesionales de los dispositivos de salud pública de las Unidades de Salud de la Familia (USF) del lugar de la investigación, con el fin de esbozar un

111 Variante de la cocaína que se consume de manera inhalada, creada a partir de la combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico.

análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en relación con los servicios públicos de primera atención.

7.1 | Dispositivos de salud locales

En el Bañado Sur existe una importante diversidad de dispositivos de atención en salud pertenecientes tanto al ámbito público como al privado. Varios son los estudios que en las dos últimas décadas han caracterizado la situación de la atención a la salud en el territorio del Bañado Sur permitiendo observar las continuidades y cambios en la realidad local (López, 1998; Perrotta y Navarro, 2003; Barúa, 2011; Heisecke, 2011; Rodríguez-Riveros, 2012; Meyer, 2013; Samudio, 2014).

En el territorio del presente estudio se localizan específicamente tres Unidades de la Salud a la Familia (USF), cuyos equipos de profesionales sanitarios dependen del sistema de salud pública del MSPyBS. Cada uno de estos establecimientos de salud ha transitado por trayectorias particulares respecto a cambios en la dotación de recursos humanos y condiciones de acceso e infraestructura, características disímiles que manifiestan una desigual atención a la salud brindada a la población de los distintos territorios sociales en el área de investigación.

Durante el periodo en el que se desarrolló nuestro trabajo de campo, una de las USF contaba con un equipo compuesto por un médico, una licenciada obstetra, una licenciada enfermera-obstetra, cinco agentes de salud, una recepcionista y una limpiadora.

Desde que se puso en funcionamiento la estrategia de la APS en el año 2008 hasta el inicio de nuestro estudio este centro de salud público había experimentado importantes cambios en su personal. Un doctor, una enfermera, una vacunadora, dos agentes de salud, dos administrativos y una pediatra bien habían renunciado o cursado traslado.

Otra de las USF estaba dotada de una doctora, una pediatra (asignada desde la XVIII Región sanitaria), una licenciada enfermera-obstetra, una auxiliar de enfermería, una administrativa y tres agentes de salud. Durante ciertos meses del año también ha contado con un/a doctor/a residente. A lo largo del periodo de relevamiento de datos, esta USF sufrió el traslado de uno de sus médicos/as el cual fue remplazado/a a los pocos meses.

En el tercer establecimiento público de salud del área de estudio, en contraste, el equipo de salud estaba conformado por una licenciada en obstetricia, una licenciada en enfermería, tres agentes de salud y una limpiadora pero no disponían de médico/a desde hace al menos 3 años. Esta situación restringía la atención en salud prestada a la población de su territorio social.

En relación al acceso e infraestructura de las diferentes USF, para una de ellas se construyó y equipó un nuevo edificio gracias a la cooperación japonesa (JICA¹¹²), que se inauguró al poco tiempo de iniciar nuestro trabajo de campo en el territorio. Esta nueva edificación se hacía necesaria para el funcionamiento normal del servicio porque el anterior establecimiento estaba ubicado en una área afectada constantemente por raudales de lluvia y quedaba inundado con frecuencia, siendo el acceso al mismo intransitable los días de aguacero. Este centro sufrió también por largos años la falta de abastecimiento de agua corriente y de un baño operativo en sus instalaciones durante sus horas de apertura.

La construcción de esta nueva instalación para esta unidad ha sido percibida por el plantel sanitario y la comunidad como una importante mejora en las prestaciones del servicio público de salud dirigido a la población. El centro de salud actual dispone de cuatro salas de consulta, un amplio hall, dos baños, una sala de farmacia, un espacio de recepción, una pequeña sala para las agentes de salud, una cocina y dos baños. A pesar de los cambios acaecidos, uno de los reclamos escuchados de forma más recurrente entre las mamás del territorio es la falta de un/a pediatra en uno de los barrios con mayor porcentaje de menores.

Respecto a la infraestructura y acceso de otra de las USF del área de estudio, la construcción es relativamente reciente de apenas diez años. Ésta cuenta con dos espacios de consulta, una sala de recepción, un baño sin problemas de provisión de agua y una cocina que se transformó en el área de farmacia cuando se realizó la ampliación de otro cuarto en la parte trasera del establecimiento de salud. En su parte frontal dispone de una amplia explanada de cemento techada donde en ocasiones se realizan actividades de educación para la salud con la comunidad y/o las personas presentes en la sala de espera. Está ubicada en uno de los extremos de su territorio de influencia en una zona del barrio más alta, protegida de las inundaciones periódicas estacionales que sufren algunos de sus microterritorios. La USF se localiza en un lugar con buen acceso, sobre piso seco, a través de una calle empedrada, a pocos metros de dos rutas centrales de la ciudad.

112 Agencia japonesa de cooperación internacional.

En contraste, la tercera USF fue reubicada fuera del área de cobertura de su territorio social por motivos de insalubridad del medio en el que se encontraba. Se mudó transitoriamente a otro sector del Bañado a la espera de ser reformada la edificación para regresar, situación que al término de la investigación, después de más de dos años, no se ha producido. El traslado de esta USF a otro sector del Bañado dificulta el desplazamiento de su población a este lugar. Las personas aluden que “queda lejos” y para muchos/as de los/as vecinos/as la zona es percibida como “peligrosa”. Este centro de salud cuenta con un espacio más reducido que los anteriores distribuido en cuatro pequeñas salas, un pequeño hall, una sala de farmacia y otra para el personal, al fondo del establecimiento.

Con anterioridad a la puesta en marcha de las USF en esta área de los bañados funcionaban varios establecimientos de salud públicos cuyo personal dependían bien del gobierno municipal o del MSPyBS. En la zona cercana al vertedero municipal, lindante con el Arroyo Ferreira, según testimonio de los/as lugareños/as, desde mediados de los noventa funcionaba una clínica. La construcción de ésta, cuentan sus habitantes, fue realizada con aportes de la primera dama durante la candidatura y gobierno del presidente J. C. Wasmosy (1993-1998). Este centro de salud público brindaba atención varios días a la semana con un equipo perteneciente a la XVIII región sanitaria (capital) del MSPyBS.

Los/as habitantes del sector señalan que desde mediados de los noventa, en las inmediaciones del área de los bañados podían recurrir a una clínica municipal ubicada en las instalaciones de la parroquia San Pedro y San Pablo¹¹³ o a un centro de salud del MSPyBS localizados en el barrio asunceno de Republicano a escasas tres cuadras de la entrada al Bañado Sur.

En el barrio cercano, al otro lado del Arroyo Ferreira, desde mediados de la década de los noventa, a través de un convenio del gobierno del municipio de la capital con la capellanía de los padres jesuitas instalados en este área de los bañados, se dio continuación a los servicios prestados por la clínica comunitaria construida en la década de los setenta.

Por su parte, en el sector más cercano al Cerro Lambaré, también desde la década de los noventa, se puso en funcionamiento por parte de la Municipalidad de Asunción una “clínica periférica”.

113 Fundada en junio de 1966 <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/la-parroquia-san-pedro-y-san-pablo-celebra-su-fiesta-con-damnificados-1494111.html>

En el seno del territorio de nuestro estudio, el centro de salud más antiguo del barrio es un pequeño dispensario construido comunitariamente a mediados de los años ochenta, nacido según los lugareños con apoyo de voluntarios/as del movimiento Focolares¹¹⁴, donde desde entonces presta consulta una pediatra dos veces por semana.

Desde hace algo más de diez años, a través de un convenio realizado por la empresa que gestiona el servicio de disposición final del vertedero municipal y una universidad privada cercana, se ha brindado servicio de ginecología, dermatología y de pediatría (con acompañamiento de los estudiantes de medicina) una vez por semana en un pequeño dispensario. Éste se compone de tres pequeñas salas y una cuarta de mayor tamaño.

Al interior del Bañado, en un sector cercano al de nuestro estudio, una Fundación privada “dedicada a la prevención y recuperación de niños desnutridos de 0 a 5 años con alto riesgo social o nutricional y la asistencia de sus familias”, brinda sus servicios desde el año 1995. Desde esta institución, a la que acuden numerosas mamás con sus hijos/as del sector de nuestro estudio, se realiza el acompañamiento de los/as menores y sus familias a través de un equipo interdisciplinar compuesto por una pediatra, una nutricionista, una enfermera, un trabajador social, una logopeda, una cocinera y varias cuidadoras infantiles. Esta Fundación también desarrolla periódicamente clubs de mamás dirigidos a gestantes donde se realizan actividades dirigidas a la preparación al parto, promoción de la lactancia materna y cuidados del niño/a en los primeros años de vida. Durante el segundo año de trabajo de campo, se realizaron obras de ampliación de infraestructura creando una nueva planta en el edificio y la reestructuración de varias salas que posibilitaron una atención más diversificada.

Entre los/as dispositivos de salud afiliados/as a organizaciones religiosas, el Bañado Sur ha contado durante varios años con el apoyo de la Pastoral Social Arquidiocesana y donaciones particulares a través de los padres jesuitas y las hermanas de los Sagrados Corazones de Jesús instalados/as en el barrio. Desde la Pastoral Social se edificó en 2009 un centro de rehabilitación de tres salas, dos baños y un hall, equipado en el año 2011 por la Diben (Dirección de Beneficencia y Ayuda Social)¹¹⁵, dirigido al conjunto de la comunidad, especialmente a las personas con algún tipo de

114 <http://www.focolare.org/es/>

115 La Diben entre otros servicios otorga ayudas también para cubrir: estudios especializados, insumos cardiacos, materiales quirúrgicos, material traumatológico, medicamentos generales y oncológicos, sillas de ruedas y tratamientos fundamentalmente <http://www.diben.org.py/>. La Dirección de Beneficencia y Ayuda Social-DIBEN, a través del programa “Fortalecimiento a Organizaciones Comunitarias” en este caso apoyó al Centro Comunitario de Rehabilitación “Elizabeth Ayub de Giangreco” en el Bañado Sur, con el otorgamiento de los siguientes equipamientos: una mesa bipedestadora mecánica, una bicicleta estática, un bebedero eléctrico, un tens (electro alangésia-electroestimulación), un infrarrojo y un aparato para magnetoterapia.

discapacidad. En éste se desarrollan actividades principalmente para la rehabilitación motora y acompañamiento psicopedagógico cuya atención es brindada por estudiantes de kinesiología, fonoaudiología y psicopedagogía durante el calendario universitario (abril-noviembre). Desde la Pastoral Social Arquidiocesana como ente caritativo, también se coordinan y gestionan las solicitudes de asistencia a través de una persona de confianza en el barrio encargada de elaborar las referencias del/ de la solicitante y el pedido a la sede central. Se suele recurrir a este servicio por parte de los/as lugareños/as para solicitar medicamentos, pruebas diagnósticas, prótesis y alimentos que no han podido ser proveídos en otras instancias públicas y/o privadas, cuando la familia se encuentra en situación comprobada de necesidad y falta de capacidad económica, y en última instancia, no ha podido resolver por otras vías.

Por su parte, los padres Capuchinos, una vez al mes, en una de sus capillas barriales organizan atención médica con la colaboración de diferentes doctores especialistas voluntarios y los médicos residentes de pediatría de uno de los hospitales cercanos. Las consultas ofrecidas son de clínica médica, dermatología, pediatría y odontología (esta última a través de los/as estudiantes de una universidad privada).

En el territorio del estudio, la oferta de recursos terapéuticos está integrada también por varios/as médicos/as empíricos/as a los/as que acuden numerosos/as moradores/as para tratar sus malestares y dolencias. En el área de estudio del Bañado Sur se cuenta con la presencia de al menos 7 médicos/as empíricos/as: 4 mujeres y 3 varones¹¹⁶. Éstos/as reciben en sus propias casas a los/as lugareños/as donde tienen reservada una pieza especialmente preparada para la atención curativa, espacio previsto de un altar y numerosas estampas e imágenes de diferentes santos y santas a los que rezan, entre otros/as a: la Virgen de Caacupé, San Miguel, San Cayetano, San Roque, San Antonio y María Auxiliadora.

Estos/as reconocidos/as sanadores/as atienden diferentes “males” a través de una diversidad de prácticas curativas como: la oración, los rezos, las fricciones, la imposición de manos y la preparación o indicación de remedios yuyos y caseros. Esta generación de sanadores/as, muchos/as de ellos/as ya ancianos/as (de una media de más de 60 años), está siendo sustituida parcialmente por alguno/a de sus hijos/as al que pasan “el relevo”. De igual modo, los/as pobladores/as también acuden fuera del territorio a otros/as agentes sanadores que se valen de la sanación espiritual, la adivinación por cartas o la invocación, en articulación con una variedad de prácticas de la

116 Dos más habían fallecido en últimos tres años.

religiosidad popular, los cultos carismáticos, la tradición afro o la intervención de un médico indígena *maká*¹¹⁷ que visita a domicilio.

Los/as médicos/as empíricos/as como curadores/as tradicionales son reconocidos entre muchos/as de los/as pobladores/as en la interpretación y eficacia curativa de ciertos malestares como el *oheo*¹¹⁸ en los bebés o *kambyryrujere*¹¹⁹ en los infantes o el *py'a ruru*¹²⁰ o el *fuego de San Antonio*¹²¹. Prueba de ello es la importante afluencia de consultas que éstos/as conservan para padecimientos en los que la medicina biomédica no es considerada legítima e incluso contraindicada en el proceso curativo.

Hasta hace pocos años, las parteras existentes en el barrio también tenían un importante protagonismo asistiendo a un alto porcentaje de nacimientos que se daban en el lugar. Encontramos en las historias de salud de las familias un número muy significativo de alumbramientos con partera, especialmente en madres que superan la treintena de años. Sin embargo, en los últimos años, el ejercicio de las parteras en el territorio se ha visto severamente disminuido. Este cambio se atribuye en parte a que algunas ya han fallecido, otras son ancianas y perciben sus facultades mermadas para continuar la actividad o bien por una falta de relevo generacional. Algunas parteras admiten haber dejado de ejercer por temor a represalias judiciales ante algún tipo de complicación en los partos. Otros factores que han influido en esta transición (mencionados por las propias parteras así como por las mamás gestantes), son la promoción del parto hospitalario por parte del personal sanitario de las USF y el hecho de que las parteras ya no están autorizadas a realizar el certificado de “nacido vivo”.

117 Pueblo indígena originario del Chaco Boreal que vive en Paraguay y Argentina.

118 Se describe el *oheo* como el influjo en los bebés que es provocado por personas que emanan *haru*, daño, que hacen mal. Se identifica porque el bebé está permanentemente nervioso, no para de llorar (especialmente cuando cae el sol) y en ocasiones se puede observar un engrosamiento de la cabeza en su parte frontal. El proceso de curación está reglado por un calendario ritual que debe ser continuado hasta ser completado (Cadogan, 1957; Torres, 2003)

119 Literalmente significa en guaraní el recipiente de la leche invertido (*kamby*=leche, *ryru*=recipiente, *jere*=invertido). Cuadro gastrointestinal observado en niños/as caracterizado por vómitos, dolores abdominales, diarrea persistente y acortamiento de una de las piernas del/de la menor. Se cree que la causa se debe a que el/la niño/a se ha expuesto a movimientos bruscos después de mamar, tomar el biberón, por haberse caído o haberle agarrado rudamente (Cadogan, 1957; Torres, 2003; Rodríguez, 2009).

120 Literalmente quiere decir en guaraní hinchazón (*ruru*) de los órganos abdominales (*py'a*). Es un cuadro caracterizado por fiebre prolongada e inflamación del área del bazo o del hígado (Cadogan, 1957; Torres, 2003).

121 Se le llama de esta manera al brote de herpes zóster, enfermedad producida por una reactivación del virus latente varicela-zóster, que afecta a los nervios periféricos y a la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas en forma de anillo agrupadas a lo largo de un dermatoma. Coloquialmente, es también conocido como culebrilla.

Por otro lado, cabe destacar también desde el espacio doméstico e íntimo de las diferentes familias las formas de atención a las que se refiere Eduardo Menéndez (2003) como *autoatención* que son entendidas por éste en una doble definición ampliada y restringida. La ampliada define todas las diferentes modalidades que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos (especialmente a nivel de grupo doméstico). Ello incluiría las actividades de amamantamiento, preparación y distribución de alimentos, aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc. La restringida se centra según Eduardo Menéndez (2018: 106) en “los saberes, es decir, las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de *autoatención*¹²²”.

Estas prácticas cotidianas, en el caso de las familias bañadenses, están centradas en aspectos preventivos, de promoción de la salud u acciones rutinarias o eventuales que los grupos familiares y sociales despliegan dirigidas a mantener el bienestar de la persona considerada enferma, que en ocasiones incluyen acciones pensadas con efectos curativos, en otras como respuestas mitigatorias que ayudan a continuar las responsabilidades diarias domésticas y/o laborales. Estas prácticas de *autoatención* abarcan desde el uso de plantas medicinales, el consumo de fármacos sin receta, la ingesta de vitaminas y ciertos alimentos, el apoyo social, el descanso físico o emocional e incluso soportar el dolor o las molestias. El sistema de cuidados a la salud latente al interior de las familias, muchas veces inadvertido, se desarrolla de forma simultánea en articulación con otros sistemas de salud (Haro, 2000).

La *autoatención* se expresa visiblemente en el territorio de estudio principalmente a través de una vasta sabiduría popular en el uso habitual de diferentes *yuyos* (plantas medicinales) y remedios caseros. El consumo de *yuyos*, bien en el tereré o mate diario, se manifiesta cotidianamente en los diferentes puestos de *yuyos* levantados cada mañana en las principales rutas de paso y cruces del barrio, o sus inmediaciones, así como en los recorridos matutinos de las *yuyeras* casa por casa al interior del mismo.

A nivel comunitario, la *autoayuda* (Haro, 2000) se expresa en cómo se organizan también frecuentemente actividades de venta de comida entre los/as vecinos/as los fines de semana (mediante polladas, tallarinadas o hamburgueseadas), formas de

122 En ésta se incluye la automedicación y el autocuidado.

auto-organización para ayudar a solventar gastos de enfermos/as que requieren medicamentos, pruebas diagnósticas o cirugías costosas, los cuales están por encima de las capacidades económicas de las familias. Los equipos de las USF del área de estudio también han recurrido en varias ocasiones a este tipo de actividades, generalmente para poder cubrir expendios para el mantenimiento de las instalaciones, la compra de insumos o arreglos no provistos por el MSPyBS, sin embargo, necesarios para el funcionamiento cotidiano del centro de salud.

Aprovechando esta modalidad de actividades de auto-organización, en algunas ocasiones, desde los referentes políticos locales, se generan vínculos clientelares a través de la donación de insumos (pollos y carne para hamburguesas fundamentalmente) a modo de favor para la realización de las mismas.

Otro de los lugares al que con frecuencia recurren los/as lugareños/as en el caso de algunas dolencias es la farmacia. La más cercana se encuentra fuera de los límites del barrio, según la demarcación local de los lugareños “en la arribada”, a escasos metros de una de las entradas vehiculares principales. Según refieren las farmacéuticas que llevan despachando en la misma desde hace más de tres décadas, nunca se abrió otra farmacia en los alrededores, la más cercana está a más de un kilómetro y medio en las rutas principales de la ciudad. No es una farmacia de grandes dimensiones, ni es sucursal de los grandes grupos comerciales. Ésta ha estado regentada por la misma familia por más de tres décadas, y sus farmacéuticas presumen de conocer a muchos/as de sus clientes y sus familias.

Por otro lado, al interior del barrio, se puede acceder a una importante variedad de medicamentos de venta libre tanto de carácter pediátrico como para adultos, a través de las diferentes despensas existentes, las cuales venden por unidad, blíster o caja según necesidad y capacidad económica del o de la cliente. Entre los medicamentos más frecuentes que se pueden encontrar en los mostradores de las despensas locales figuran como antipirético el paracetamol y como analgésico y antiinflamatorio, el ibuprofeno o el diclofenaco. También es habitual la existencia de expectorantes, antigripales y relajantes musculares, además de cremas dermatológicas de bajo costo. Las marcas más frecuentes de los medicamentos que se suelen comercializar en las despensas locales en su mayoría pertenecen a laboratorios nacionales. En éstas también se pueden encontrar una amplia variedad de plantas medicinales de uso común por los/as lugareños/as como son: el azafrán, la semilla de lino, la cebada, anís, eneldo, borraja, *urusu heë* etc., que pueden ser adquiridas envasadas en pequeñas bolsitas.

A pocas cuadras de una de las entradas del Bañado Sur se ubica también un policlínico que cuenta con las especialidades de clínica médica, pediatría, oftalmología,

odontología y nutrición, donde se pueden además realizar analíticas de sangre, estudios de electrocardiograma, PAP, ecografías y que dispone de un nuevo servicio de fisioterapia y rehabilitación física desde enero del año 2017. Los servicios de este centro, a los han recurrido varias de las familias del estudio, son fundamentalmente pediatría, ecografías prenatales y analíticas de sangre en embarazadas.

Respecto a los servicios hospitalarios del sistema de salud pública al que acude la mayoría de la población, las familias del sector más cercano al Cerro Lambaré suelen recurrir generalmente a un hospital distrital cercano de una localidad limítrofe a la capital. La población manifiesta que tiene la posibilidad de llegar mediante varias líneas de transporte colectivo que pasan sobre la ruta principal próxima, teniendo parada muy cercana a éste o bien se desplazan hasta el mismo en algún móvil particular (moto o motocarro principalmente). El servicio de taxi, salvo en los sectores más próximos a las entradas del Bañado Sur (áreas de mayor consolidación y caminos empedrados) raramente llega o entra.

El resto de la población del territorio del estudio suele recurrir mayoritariamente a un hospital general cercano. Muchos/as de los/as lugareños/as afirman acceder al hospital a través del servicio de urgencias, principalmente en horario de tarde y fin de semana coincidiendo con el cierre horario de las USF y en consonancia con sus horarios laborales. Apenas hemos encontrado casos que acuden a los servicios de consultorio de los hospitales. La mayoría de los nacimientos se dan en estos dos hospitales. Según datos del MSPyBS¹²³, en el año 2016, este hospital general de la capital se hizo cargo de cerca del 18% de los partos de los establecimientos públicos sanitarios de la ciudad.

Mucha de la población refiere también recurrir a los hospitales para realizarse analíticas y/o estudios como radiografías o ecografías, aunque en algunas ocasiones por falta de cobertura se han realizado éstos últimos en los centros de diagnóstico privados situados en los alrededores de los hospitales. Para la realización de ciertas serologías se recurre a laboratorios privados. Otros centros especializados de salud pública mencionados en varias de las historias familiares de salud han sido el INERAM¹²⁴, el IMT¹²⁵ y el Hospital de Clínicas en el municipio de San Lorenzo por motivos de internación fundamentalmente, necesidad de servicios de terapia intensiva, y/o cirugías. En casos de golpes o traumatismos se han dirigido al Hospital del Trauma¹²⁶ Prof. Dr.

123 En base a datos de Sub-Sistema Informático de Estadísticas Vitales (SSIEV) de Nacimientos y Defunciones del MSPyBS.

124 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente Juan Max Boettner.

125 Instituto de Medicina Tropical

126 Anteriormente denominado Centro de Emergencias Médicas. Cambio de nominación por Decreto N° 4538 en diciembre del 2015.

Manuel Giagni y algunos partos calificados de riesgoso han sido derivados a un Hospital Materno Infantil de la capital.

En casos de internación hospitalaria en establecimientos públicos, algunas familias debido a la falta de recursos, mencionan haber tenido que recurrir al pedido de medicamentos, provisión de leche en polvo para sus niños/as con desnutrición y/o pruebas diagnósticas específicas a una Fundación social de una importante corporación nacional a través del comprobante del diagnóstico de un facultativo, por mediación autorizada de la trabajadora social del hospital.

7.2 | Trayectoria de los dispositivos sanitarios de las USF

Desde los inicios de la estrategia APS hace 10 años en los bañados, se pueden identificar diversas transformaciones en las trayectorias de los dispositivos locales en la implementación particular de esta política de salud pública en estos territorios urbanos. A partir de la restitución de las experiencias de los/as profesionales de salud de una de las USF del estudio, analizamos los diferentes cambios acontecidos en el proceso de incorporación de este sistema de atención a la salud en el cotidiano de la vida de los barrios.

Para las agentes de salud de esta USF los comienzos de la estrategia APS fueron experimentados con varias dificultades. Explican que cuando se incorporaron en el 2008, ellas fueron recibidas con cierta reticencia por el plantel de profesiones que les antecedía, apreciándose sensibles desentendimientos ante una nueva forma de trabajo que se intentaba implementar donde éstas jugaban un rol fundamental de conocimiento, acercamiento y vínculo con la comunidad.

Estos primeros años, manifiestan que fueron complicados también en el relacionamiento con la población de sus territorios correspondientes, ya que originalmente no se entendía el papel que éstas ocupaban en el servicio público de salud. Afirman que al principio cuando tomaban contacto con la comunidad había quienes les decían que estaban “por política”. Recuerdan que cuando salían a recorrer, para completar su censo de familias, algunas personas no les querían recibir y se mostraban desconfiadas a las solicitudes de información que les hacían. Cuentan que especialmente los dos primeros años fueron los más dificultosos, pero que buscaron la forma para “hablarle a nuestra gente”, una labor permanente (con sus vecinos/as porque son pobladoras al mismo tiempo), de dar a conocer, proveer credibilidad y dar valor a una nueva forma de trabajar en salud desde la estrategia APS, proceso que fue vivido, expresan las agentes de salud, con mucho estrés y ansiedad.

Por su parte, el doctor y la enfermera, no residentes en la zona, recuerdan inicialmente el desafío de “bajar al barrio” y tener que ganarse la confianza de sus pacientes siendo jóvenes profesionales. Destacan, particularmente de aquellos momentos, las dificultades en conjugar y resolver problemas cotidianos en la gestión y entendimiento del equipo, los trances en la implementación de nuevas funciones y protocolos, así como la puesta en marcha de las orientaciones recibidas en las diferentes capacitaciones sobre la estrategia. A ello se sumaba generar una buena coordinación y relacionamiento con el conjunto de la población del territorio, mantener una buena organización de los insumos de farmacia o paliar la falta de infraestructura en un contexto de especial adversidad.

Entre los principales cambios identificados por el personal de enfermería y las agentes de salud resaltan haber logrado que “las mamás acudan más al centro de salud” para la atención o la vacunación de sus hijos/as. Aunque mencionan que en todos los microterritorios se siguen encontrando con algunos pocos “casos difíciles” renuentes a los servicios ofrecidos desde la USF.

En esta misma tendencia, aprecian como avances en relación con la población, que ésta ejerce una mayor demanda de información y explicaciones sobre los procesos que les afectan. Una de las agentes afirma que además de las vacunas, entre los adultos resalta que ahora “le ponen interés para venir a consultar y seguir su tratamiento” y que las mujeres vienen más a hacerse controles prenatales.

Particularmente, las agentes de salud aprecian que con los años han ganado una mayor confianza y claridad acerca de su rol tanto por parte del conjunto del personal sanitario, así como de la población del territorio, superando dificultades iniciales y favoreciendo esta relación el desempeño de su labor. Comentan que lo que más les facilita su trabajo es “que la gente ya nos conoce”. Inicialmente recuerdan que “teníamos que rogarle a la gente para que te muestre su tarjeta (de vacunación), para que te recibiera, para que te haga entrar en la sombra, no te deje en el portón, [...] ha costado que la gente te tome ese interés y esa confianza para que te diga pásala (por favor, pásala)”.

Se percibe particularmente entre las agentes de salud una actitud con predisposición a nuevos aprendizajes y una especial implicación en el ejercicio de su trabajo no solo para cumplir con las directrices del servicio sino porque consideran que revierte en mejoras para la población. El conjunto del equipo expresa la necesidad de seguir capacitándose para un mejor desenvolvimiento en sus funciones y requerimientos del servicio. Al mismo tiempo señala que los espacios de formación disminuyeron profusamente en los últimos años en comparación con los momentos de su incorporación.

El conjunto del equipo considera que progresivamente se ha dado un aumento de responsabilidades, principalmente debido a la implementación de nuevos programas, sintiendo por momentos “no poder dar más”. Sensación que ponen en relación con la ampliación del ratio de población por profesional, o con las exigencias de cumplir con numerosos registros y realización de informes de actividad.

Señalan como las situaciones más críticas, las experimentadas durante los periodos de inundación por crecida extraordinaria del río Paraguay entre los años 2014 a 2016. Estos momentos obligaron a la realización de diferentes traslados del centro en distintos lugares en un contexto desbordante de demanda del servicio.

En la reciente coyuntura, resaltan como positivo la incorporación de nuevos/as miembros al equipo: una odontóloga, una enfermera y una agente. Además destacan un ambiente más cohesionado del grupo al que califican varios/as como “nuestra segunda familia”. A esto se añade una mayor cualificación de las agentes de salud (algunas de ellas se egresaron como licenciadas en enfermería), lo cual ha favorecido una mayor distribución y organización de funciones.

Por otra parte, el mejor manejo de los instrumentos de reporte de datos y cumplimentación de informes por parte de las personas encargadas de distintos programas de salud, ha revertido en un desarrollo más ágil de estas tareas y un resentido menos estresante del cumplimiento de las mismas.

De igual modo, la continuidad de los/as profesiones en el servicio durante varios años y el sentido de permanencia al mismo, trasluce y contribuye en un mayor compromiso del conjunto del equipo respecto a la forma de responder y trabajar con la población.

Otro de los cambios experimentados como más significativo ha sido el uso del celular. Éste ha pasado a ser una herramienta fundamental de trabajo agilizando la comunicación de información, organización y coordinación de actuaciones principalmente a través de distintos grupos de *whatsapp* distribuidos por programas (al que está adherida la persona responsable de cada uno). La comunicación vía *whatsapp* también ha favorecido una dinámica más inmediata de notificación y respuesta entre los diferentes servicios y dependencias centrales en la actuación diaria y un monitoreo más constante del desempeño de los diferentes centros de salud, programas y distintos/as profesionales. Si bien, la disposición de celular y la conexión a internet se hace necesaria de forma permanente en el desempeño laboral, sin embargo, el acceso a la red tanto para el personal como para el establecimiento de salud no está previsto desde MSPyBS, cubriéndose los gastos de este servicio “desde el bolsillo” de los/as

propios/as profesionales y haciendo uso de sus dispositivos y equipos personales para el desarrollo de funciones del servicio.

En la actualidad, la tendencia anunciada desde el MSPyBS es la progresiva digitalización de la información en los centros, situación que por los/as diferentes profesionales es experimentada con cierta inquietud en varios sentidos. Por una parte, explican que algunos centros no cuentan con el equipamiento necesario (computadora, acceso a internet, etc.). Por otro lado, se insiste en la falta de formación para el uso de plataformas *online* y en general, de conocimientos necesarios para el manejo de programas informáticos de una parte importante del personal. Además, se encuentran cuestionamientos a la implementación de la carga de datos, en el caso particular de los/as doctores/as, durante el momento preciso de la consulta.

Respecto a la infraestructura de la USE, el equipo en su conjunto coincide en valorar sustancialmente las nuevas instalaciones que disponen de agua corriente y baño donde “si llueve no se inundan”. Una de las profesionales señalaba refiriéndose al antiguo centro que “era muy triste trabajar en ese lugar [...] el agua (de raudal) lo destruía todo [...] en los últimos tiempos era insostenible, se quedaba el agua [...] era todo asqueroso [...] el olor mismo nos enfermaba”.

Coincide el doctor y la licenciada en que personas (de ciertas zonas más consolidadas), que anteriormente nunca habían venido a consultar, estaban siendo recibidas en el nuevo establecimiento, el cual es percibido tanto por los/as lugareños/as como por los/as profesiones sanitarios como “más grande y lindo”, un lugar digno donde brindar atención en salud a la población. Entre los motivos de consulta más prevalentes a lo largo de estos diez años menciona el doctor que predominaron las enfermedades respiratorias, el auge de las dermatológicas y las siempre presentes parasitosis. Estas tuvieron momento críticos especialmente durante el periodo de las inundaciones con la población en los refugios.

Por su parte, la licenciada obstetra resalta que el nuevo centro ha contribuido notablemente a la prestación de su servicio ya que antes no tenía sala de atención y “tenía que esperar a que salga el doctor para entrar a atender”. Explica que “entonces si llegaba alguien para el PAP, por ejemplo, le decía ahora no te puedo hacer o le decía, los miércoles cuando el doctor no atiende y ya no me venían más pacientes”. Afirmo que el número de atenciones llegó a 0, pero que ahora la situación cambió ya que cuando llega la paciente entra directo a consultar. Asegura que el número de consultas en su servicio desde la inauguración de las nuevas instalaciones ha aumentado considerablemente.

A diferencia de periodos anteriores en los que se reclamaba la falta de medicamentos, por parte de los equipos de salud de la APS y población, a lo largo del curso de este estudio este aspecto no ha sido expresado como una preocupación, salvo en el caso del programa PANI. En éste se dio la interrupción de su provisión regular en al menos un par de meses, lo cual repercutió en algunos casos en la adherencia de las familias al programa.

El equipo coincide en afirmar que la participación de la población en actividades de sensibilización es el gran desafío porque “cuesta para que la gente participe”. Reconocen que es muy difícil generar reuniones, que la gente acuda a los *aty* (encuentros). Asienten que les gustaría organizar más actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud y al fomento de la participación comunitaria. Admiten que por el momento “estamos siendo muy asistencialistas, todo es atender a los pacientes que están enfermos, [...] les damos su medicamento, todo, pero no estamos haciendo mucha prevención”. Otro de los elementos reclamados por el equipo es la todavía falta de una mayor apropiación de las instalaciones por parte de la población donde el cuidado a éste creen que es vital para su perduración.

A pesar de la falta de participación comunitaria, se aprecia y subraya por el equipo de salud, sin embargo, que la población siempre participó de forma muy activa a través de la compra de adhesiones para comida o rifas de actividades de autogestión para solventar gastos de elementos para el mantenimiento o arreglos del centro de salud.

Otro de los grandes desafíos mencionados es el trabajo en redes. Afirma el doctor que “ahora nosotros (los equipos de APS) somos una isla [...] esa parte no camina mucho todavía”. A su criterio para tratar de fortalecer las redes de atención en salud se necesitaría una mayor inversión de recursos y logística. Subraya el doctor también como necesario “que todos hablemos un mismo idioma”, un mayor entendimiento y concientización sobre el rol de las USF en un sistema en red, que los servicios especializados (re)conozcan la labor de los centros de atención primaria, así como la delimitación de competencias que les define y limita, “conocer que yo hago (como doctor de atención primaria), dónde nosotros podemos entrar, y en lo que nosotros no podemos entrar”.

Por último, explica que aprecia como favorable que se genere una buena articulación entre los servicios de salud de distintos niveles, de las USF con centros de atención especializada y hospitales. Aunque, para ello, considera ineludible una mayor dotación de recursos humanos principalmente. Señala que para brindar una buena atención a la población, teniendo en cuenta el número de habitantes, sería necesario en su territorio de atención una USF más.

8 | Tránsitos terapéuticos desde la periferia sur de Asunción

En este apartado se exploran diferentes itinerarios de salud de nueve familias que permiten mostrar diferentes problemáticas y dimensiones relacionadas con los procesos de salud, enfermedad y atención en el Bañado Sur de Asunción. Para ello, hemos tenido en cuenta, particularmente, la descripción del recorrido de las personas y familias entre diferentes saberes y recursos curativos, y cómo éstas han dado forma y sentido a las percepciones, experiencias y decisiones tomadas frente los padecimientos. Así mismo, hemos centrado nuestro interés en las articulaciones y diferencias entre los distintos sistemas de atención, en el pluralismo asistencial disponible a lo largo del curso de la enfermedad (Alves, 2015; Menéndez, 2003).

Estos estudios de caso, construidos desde la herramienta teórico-metodológica de los itinerarios terapéuticos o carrera del enfermo nos han ayudado a comprender los entramados existentes entre diferentes procesos y complejos asistenciales (Comelles, 2000; Perdiguero, 2006) para dar respuesta a problemas de salud diversos, escapando de definiciones y medidas estandarizadas¹²⁷.

En la elaboración de itinerarios terapéuticos hemos prestado especial énfasis al impacto de las tecnologías de la salud, particularmente a los medicamentos y su combinación con remedios naturales, analizando cómo son incorporados (Van der Geest *et al.*, 2010) en el cotidiano, identificando los usos, significados y apropiaciones de las familias en sus procesos de salud, enfermedad y atención, de acuerdo a las condiciones de acceso a la salud en el contexto sociosanitario de la periferia de la ciudad de Asunción.

Un nuevo embarazo en la vida de Rosa

Visitamos por primera vez a Rosa, junto a la pediatra Raquel, a finales del mes de agosto del año 2016. En aquel entonces, hacía casi un año y medio que había regresado a vivir al Bañado Sur, a la casa de su madre, donde su actual pareja le había construido una pieza en una porción del patio de ésta.

127 Para una revisión más pormenorizada de esta propuesta teórico-metodológica remitimos al capítulo “Introducción: Desigualdades y salud urbana en el Paraguay. Aperturas antropológicas y colaboraciones interdisciplinarias” de esta obra.

Esta joven mamá ama de casa de 29 años, de mediana estatura, silueta curvilínea, piel clara y ojos oscuros, tenía 4 hijos: Milena de 9 años, dos varones de 6 y 3 años, y el menor de 1 año y cuatro meses.

Cuando conocimos a Rosa, ésta compartía lugar de residencia junto a su madre, Carmen, de 52 años, de ocupación lavandera en el barrio; su padrastro, de 62 años, de profesión albañil; su hermana (por parte de madre), Jeny, de 11 años; y la familia de su hermano, Ángel, de 22 años; la pareja de éste, Sonia, de 24 años; y la hija de ambos, Raquel, de 1 año y 7 meses.

Rosa es de nacionalidad argentina, nació en Quilmes donde sus padres habían migrado a trabajar años atrás. Sin embargo, creció en el Bañado Sur donde llegó antes de cumplir un año de vida. Rosa por muchos años vivió fuera del bañado, desde los catorce años trabajó como empleada de hogar en diferentes casas, por varios periodos como interna, hasta que hace diez años conoció a José, el padre de sus tres primeros hijos, con quien convivió hasta hace tres años.

La casa de la madre de Rosa está construida en ladrillo, con suelo de cemento y baldosas y techo de chapas de zinc. La vivienda dispone de un amplio dormitorio, dos habitaciones de mediano tamaño y una cocina, espacios que se reparten en torno a un patio techado con acceso a una calle empedrada.

La pareja actual de Rosa, César, de 40 años, padre de su hijo menor, trabaja como encargado de edificio en un barrio cercano, con éste tiene planes futuros de mudarse al municipio de Capiatá donde tiene un lote de terreno.

Después de varios encuentros con Rosa, una tarde del mes de junio, visitamos de nuevo a ésta cuando estaba embarazada de más de seis meses del que sería su quinto hijo. Sentados en unas sillas de cable, reunidos en el patio de su casa, nos conversó sobre cómo estaba viviendo su nuevo embarazo.

Aquel día, Rosa comenzó comentándonos que a medida que se acercaba su futuro parto estaba sintiendo mucho miedo, porque sus embarazos “siempre fueron muy complicados” y que a menudo se acordaba del parto de su primera hija que nació en el mismo hospital donde tenía programada su próxima cuarta cesárea y ligadura de trompas para finales del mes de agosto.

Del nacimiento de su primera hija Milena, Rosa nos contó en visitas anteriores con la pediatra Raquel que tuvo serios inconvenientes.

Cuando se fue acercando a término el embarazo de su hija, Rosa estuvo acudiendo durante una semana día tras día a un hospital cercano por fuertes dolores. Carmen,

la madre de Rosa, nos contó también que a pesar de que los dolores persistían y que pidieron en diferentes ocasiones la internación de Rosa, les enviaban reiteradamente de regreso a la casa aduciendo que no estaba dilatada, no había cama o que faltaba todavía. Carmen, que había tenido sus cuatro hijos/as por cesárea, nos aseveraba que advirtió al personal del hospital que Rosa había perdido líquido y les sugirió hacerle una cesárea, a lo que le contestaron que ella no era obstetra.

El sábado de aquella semana, Rosa empezó a sentirse muy mal. Fue de nuevo con su madre al hospital y otra vez le enviaron de vuelta a la casa. Entonces decidieron ir en colectivo hasta otro hospital de la ciudad. Apenas llegaron a éste, Rosa afirmaba que sintió que “ya dentro convulsionó la bebé [...] había sido mi bebé ya estaba sufriendo y tenía que salir”. La primera persona que les recibió sugirió una cesárea urgente porque el “bebé ya no estaba más respirando”, sin embargo, asegura Rosa que esperaron a que llegara a 10 de dilatación para pasarla a sala de parto, donde otro doctor finalmente resolvió que el parto fuera vaginal.

Rosa recordaba que le pusieron oxígeno y en su suero un remedio que le hizo aumentar sus dolores. Su primer parto se desarrolló con serias dificultades, afirmaba que se sentía sin fuerzas en el momento del alumbramiento y que “yo no tuve normal, con fórceps yo tuve”, asegurando haber visto cómo “con unas pinzas enormes le estiraron a mi hija y yo sé bien que se le cayó mi bebé al doctor”.

A las pocas horas de nacer, la pequeña empezó a convulsionar siendo internada de inmediato en terapia intensiva donde permaneció por 22 días. Un estudio neurológico realizado a los tres días del nacimiento determinó que tenía un engrosamiento en la región posterior del lado izquierdo de los plexos coroideos del encéfalo¹²⁸.

Carmen afirmaba que cuando su nieta entró en terapia llamó a la prensa y contó lo sucedido. Nos señalaba que todavía guardaba el recorte del diario y que la denuncia pública tuvo cierta repercusión porque una de las obstetras del hospital donde habían recurrido días atrás, y negó la internación de Rosa, fue retirada del servicio.

Madre e hija aseguraban que los medicamentos diarios que le aplicaban a la pequeña estuvieron siempre cubiertos por el hospital, sin embargo, Carmen advertía también que por suerte su pareja (que trabajaba entonces en la Argentina) les giraba plata para cubrir gastos. Tras el alta de la pequeña Milena, Rosa afirma que solicitó al

128 Los plexos coroideos son estructuras vasculares del encéfalo encargadas de formar el líquido cerebrospinal (o cefalorraquídeo) que sirve de protección al sistema nervioso central. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

hospital la documentación de la internación de la pequeña y su carpeta de embarazo, pero nada le fue entregado.

Nos explicó Rosa que por más de dos años Milena estuvo en tratamiento con un anticonvulsivo (fenobarbital 15 mg) y en seguimiento por un neurólogo en una clínica privada porque le identificaron un sangrado en el lado izquierdo de la cabeza en una tomografía que costó la familia en un centro privado durante la internación de la pequeña.

Rosa afirmaba que Milena, como consecuencia de su internación al nacer, no mamó y que además como ella tuvo que regresar pronto a trabajar (a partir de los cuatro meses) la tuvo que dejar al cuidado de su cuñada.

Rosa describe a su hija como una niña inteligente a la que “le hice todos los estudios habidos y por haber”, pero que no escucha bien por su oído izquierdo y a la que le cuesta decir algunas palabras y tiene dificultades para realizar algunos cálculos matemáticos como las divisiones, razones que llevaron a la pequeña a que repitiera el segundo grado de escuela el año anterior. Admite Rosa que además la maestra de la niña le ha recomendado en varias ocasiones que consulte con un/a psicopedagogo/a.

Cuando Milena tenía 6 años, los estudiantes de la carrera de fonoaudiología de una universidad próxima le realizaron una evaluación diagnóstica. Ésta concluyó que presentaba una “alteración del lenguaje en su aspecto fonológico [...] y trastornos en su articulación que le impiden la pronunciación correcta de palabras”. Se identificó además una “leve pérdida auditiva bilateral en frecuencia 8000 Hz (sonidos agudos)” y se recomendó seguir tratamiento fonoaudiológico y psicológico de manera familiar con el fin de superar las dificultades, sin embargo, Milena nunca recibió atención especializada.

Aquel día de visita, Rosa nos cuenta que se siente muy preocupada por su próxima cesárea la cual tiene planificada en el mismo hospital donde tuvo a su primera hija y a su tercer hijo, ambos con complicaciones. Éste último estuvo internado también 15 días tras el parto por hipertensión pulmonar con asfixia perinatal, el cual necesitó de asistencia respiratoria mecánica por 11 días. Aunque señala que por momentos le tranquiliza pensar que la doctora con la que está consultando le aseguró que va a acompañarla durante el alumbramiento.

Aquella tarde, Rosa nos comenta que “estaba con eso de mi pánico y me embaracé” y que se siente peor desde hace algunas semanas, motivo que le ha llevado a consultar en varias ocasiones con un psiquiatra de un centro de atención primaria cercano.

Nos cuenta Rosa que hace como un mes siente que le agarró con mayor intensidad esta sensación tras una consulta en el hospital una mañana que se había despertado con un lado del rostro inflamado. Recuerda que aquel día llegó al servicio de urgencias y le enviaron a sala de parto al observar su avanzado estado de gestación. Allí, la doctora que le atendió le empezó a preguntar por el número de hijos que tenía y sus edades mientras anotaba las indicaciones médicas. Afirma Rosa que cuando la doctora escuchó que tenía programada su cuarta cesárea “ahí me empezó a retar”. “Vos estás loca para embarazarte otra vez”, le dijo. Asevera Rosa que le advirtió que se podía llegar a morir, que su herida se podría romper en cualquier momento, que podía perder su útero o tener una hemorragia. Estos pensamientos le andaban intranquilizando recurrentemente a Rosa en sus últimos meses de embarazo.

“Nunca voy a olvidar el nombre de esa doctora”, señala Rosa, porque mientras ésta le “retaba” su mirada atónita quedó fija en el bordado de su bata blanca. “Le dije: me estás asustando, me estás asustando”. “Vos no estás bien, vos te querés morir nomás luego [...] vos estás loca, es de altísimo riesgo, así me decía la doctora”, afirma Rosa. Antes de retirarse de la consulta Rosa recuerda que se despidió diciéndole: “muchas gracias por asustarme”.

Sentados en un redondel en el patio de Rosa, ésta nos afirma aquel día que ella cree que una cuarta cesárea supone para ella “mucho riesgo”, porque no han pasado ni dos años desde su última cesárea e insiste que además ella “tiene varices” que convierten aún en más riesgoso su embarazo. Asevera que se siente recurrentemente preocupada, y que todos los días piensa en ese día y tiene pesadillas “pienso que me van a operar y tengo miedo, sueño que no puedo más venir”.

Los estudios médicos y Laura

Una mañana de fuerte calor, un día miércoles a principios del mes de febrero, visitamos a Laura en su casa acompañados de la pediatra Raquel.

Esta joven mamá de 19 años, de tez trigueña y ojos color miel, tiene dos hijas: Jaqueline de 3 años y Anahí de 2 meses. Vive con el padre de éstas, un joven pintor de 20 años, en una casa de ladrillo de un dormitorio, compartiendo patio con sus suegros que se dedican a la venta de flores y los tres hermanos menores de su pareja. Laura nos cuenta que nació en el Bañado Sur en la vivienda de una partera al igual que su mamá de 37 años, recicladora en el vertedero municipal hasta hace dos. De su padre comenta Laura que “después que se fue en la cárcel”, cuando ella tenía 7 años, “no quisimos saber más nada de él”.

Laura, al igual que su pareja, no terminó la primaria alcanzando hasta el quinto grado de escolaridad. Admite que nunca recibió ayuda por hijos/as menores a cargo Tekoporâ, “era que me censaron, pero todavía no salió nada”, y reconoce que nunca en su familia tuvieron seguro médico.

Aquel día, a los pocos minutos de iniciar nuestra conversación, Laura nos advierte que su hija más pequeña Anahí de 2 meses ha estado durante el mes de enero internada en un hospital cercano, “el domingo recién salimos, dijeron que le agarró infección urinaria”. Nos comenta también que le preocupa el frenillo de ésta, porque el doctor le ha explicado que se tiene que operar, que tiene un lado más largo que el otro y “eso tiene que mandar cortar antes de que sea más grande”, porque si no le va a impedir poder hablar, le explicó el doctor.

La pediatra Raquel le pregunta por la internación reciente de su hija Anahí. Laura nos cuenta que a mediados del mes de enero fue que “tuvo mucha fiebre y le llevamos sobre la moto”, a urgencias a la tardecita. Afirma que para la hora del almuerzo su bebé “tenía muchísima fiebre” y que entonces la bañaron, y más tarde le continuaba y le dieron paracetamol hacia las cuatro de la tarde, pero “no le bajaba, no le bajaba la fiebre”, entonces cuando iban siendo las siete, coincidiendo con el retorno de su pareja del trabajo, “le llevamos nomás ya, ella casi convulsionó”, afirma.

Recuerda que cuando llegaron al servicio de urgencias del hospital les atendieron de inmediato, “a ella nomás le hacían caso porque era muy chiquitita”, apenas tenía un mes y medio de vida.

En el hospital recuerda que le hicieron análisis de sangre y de orina, le pusieron una vía a la bebé y estuvieron internadas por 13 días. “Todo el día ellos pasaban (los/as doctores) y decían que ella evolucionaba bien”. En la documentación de la internación viene descrito como diagnóstico: urosepsis, habiéndose aislado como germen gram negativo E.coli¹²⁹.

Mientras conversamos, se escucha constantemente croar fuertemente a ranitas en el costado de la casa de Laura, indicador de las aguas estancadas en el entorno de su vivienda.

129 Atendiendo a una explicación de carácter biomédico, la urosepsis es una infección grave y generalizada asociada a un foco infeccioso a nivel del aparato urinario. Las infecciones del tracto urinario suelen ser provocadas por la bacteria *Escherichia coli*, la cual está presente normalmente en el tracto digestivo y sobre la piel que rodea la zona vaginal y rectal. Cuando las bacterias entran en la uretra, pueden avanzar hacia la vejiga y provocar una infección. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medlineplus.gov

Ante la pregunta de si tuvo que comprar algún medicamento durante la internación, Laura responde que “no, ellos pusieron todo” y al consultarle si tuvo algún gasto en pruebas diagnósticas, nos indica afirmativamente: “sí, yo tuve que pagar una ecografía [...] en una camioneta del ministerio nos llevaron, [...] eso fue a los tres días que ella se quedó.” Esta prueba tuvo un costo de 100.000 guaraníes (~17 USD), afirma la joven mamá, y se realizó en un centro privado a unos 10 km del hospital donde estaba internada la pequeña. La ecografía renal realizada concluyó Ectasia renal. Esta afección, también conocida como dilatación pielocalicial o como riñón dilatado, se caracteriza por la dilatación de la porción interna del riñón¹³⁰. El tratamiento recibido durante la internación, según las anotaciones médicas, fue: cefotaxima¹³¹ 300 mg/kg/día (1 gr - 5 cc) por 13 días.

Cuando llegó el momento del alta hospitalaria de la pequeña, Laura recuerda que los/as doctores/as de la sala de internación pediátrica del hospital le dijeron que “a veces la infección se quiere quedar en el riñón”, y que por ello, era recomendable que le hicieran un estudio a su bebé denominado uretrocistografía en el Hospital General Pediátrico, para el cual le habían hecho una orden médica. La joven mamá mostrándonos el documento nos comenta que los/as doctores/as le manifestaron que era “para ver si no tiene problemas ya ella”. Seguidamente, la pediatra le explica detenidamente mediante un dibujo en qué consiste la prueba que le han recomendado los/as doctores/as y que ésta se realiza con el objetivo de descartar malformaciones en el aparato urinario del bebé que le puedan provocar afecciones renales futuras. La mamá asiente que va a llevar a la criatura a hacer el estudio a ese hospital y quedamos en conseguirle el número de teléfono para que se informe y concierte cita.

A continuación, nos muestra dos frascos blancos de plástico que contienen polvos de cefalexina 500 mg / 5 ml para suspensión de 100 ml todavía sin utilizar. “Éste es el que me dieron para su antibiótico, ayer nomás traje, hoy nomás voy a preparar”. Nos explica que le entregaron en el hospital el día anterior, cuando llevó a su hija Anahí a

130 Esta región se conoce como pelvis renal, ya que tiene la forma de un cono y tiene la función de recolectar la orina en los cálices renales y conducirla en dirección a los uréteres y a la vejiga. Esta dilatación, generalmente, ocurre debido al aumento de la presión en la vías urinarias por un bloqueo en el paso de la orina, lo cual puede ser provocado por deformidades en las estructuras de las vías urinarias, lo que es más común en los/as niños/as, o por otras situaciones como la presencia de cálculos renales, quistes, tumores o por una infección grave en los riñones. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

131 La Cefotaxima es un cefalosporina de amplio espectro, de tercera generación, altamente resistente a muchas de las beta-lactamasas bacterianas, pero no a las de espectro extendido y tiene buena actividad frente a bacterias aerobias Gram positivas (con excepción de los estafilococos meticilín-resistentes, enterococos y listerias) y Gram negativas (con excepción de la mayoría de cepas de *Acinetobacter* y *Pseudomonas* y algunas de *Serratia*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella* y otras). Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov.

su control de postinternación. El cuadernito de alta pediátrico que detalla el episodio de ingreso hospitalario indicaba como “Plan para la casa” tras el alta: pecho materno, paracetamol 200 = 6 gotas c/6 horas s/ fiebre, cefixima (100 mg - 5 cc) = 1 cc / 12 hs por 2 días más, pendiente realizar uretrocistografía, seguimiento por nefróloga pediátrica, atentos a signos de alarma, control en 48 hs por sala a las 10:00 hs.

Laura nos cuenta que ella estuvo también internada en este mismo hospital durante su último embarazo, cuando tenía dos meses de gestación, por problemas respiratorios “me dijeron que tenía bronquitis”. Señala que estuvo un día internada y después pidió continuar su tratamiento con vía cerrada porque no quería dejar sola a su hija de 3 años. Continuó su tratamiento durante 5 días, “venía y me iba con el colectivo, [...] eso fue cuando nosotros vivíamos en la plaza” (en el área de refugio por inundación en el año 2016). Admite que al igual que en su primer embarazo, en éste último, también acudió al hospital porque tuvo infección urinaria y que por ello “iba a cada rato” y que estuvo tomando “antibiótico para eso”. Nos explica que ella siempre que tiene algún problema de salud va “directo en el hospital” porque su centro médico de zona no tiene doctor. Afirma también que los controles prenatales se los hizo en el hospital, y para cualquier consulta acude por urgencias, e incluso su anticonceptivo “el inyectable de los tres meses” (Depo-provera) también tiene agendado para la próxima semana aplicarse en el hospital.

Nos cuenta que su primer embarazo fue vaginal, pero que el último tuvo mediante cesárea “porque perdí todo el líquido y no podía más atajar”. Nos explica que desde el hospital le mandaron hacerse un estudio, un perfil biofísico fetal¹³², en un centro privado ubicado enfrente.

Gracias a esta prueba, Laura considera que supo que su “hija estaba mal” y que si no se hubiera hecho este estudio su hija “iba a morir ahí adentro, me explicó todo el doctor. Yo mucho le lloré cuando me dijo así”, recuerda la joven mamá. “Por suerte me hice, porque si no se iba a morir ya dentro de mí”. Admite que el estudio para su economía le resultó “un poquito caro”, recuerda que le costó 120.000 guaraníes (~20 USD), pero que ella se sentía muy preocupada y por eso mandó hacer. Recuerda que le indicaron la prueba desde sala de parto el viernes a la tardecita y el sábado a la mañana le practicaron la cesárea. “No tenía más líquido, por eso me sacaron, ahí donde aparece 0 tenía que aparecer 10 por eso me sacaron”, repite mostrándonos los resultados de la prueba. Según el criterio médico de la pediatra Raquel que nos acompañaba, los resultados de este estudio no ameritaban para una cesárea necesariamente. En este

132 Éste es un método ecográfico basado en un sistema de puntuación utilizado en biomedicina para determinar el bienestar del feto durante el embarazo. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

hospital, en el año 2016, el 53,27% de los partos fueron mediante cesárea¹³³. Anahí nació con 3,550 kg a las casi 37 semanas de gestación. A los tres días de su cesárea, Laura y la pequeña estaban de regreso en la casa.

Dos días después de nuestra visita con la pediatra, nos acercamos junto Laura para hacerle llegar el número de teléfono del hospital donde le habían indicado hacerle el estudio a la bebé. Tomó el papel y nos dio las gracias, y a continuación nos señaló que su pequeña ya no había vuelto a tener ningún problema desde que salió del hospital, pero que sigue dándole a la noche su antibiótico como le indicaron los/as doctores/as.

Tres semanas después, volvimos a visitar a Laura y le preguntamos si había podido informarse para solicitar cita para el estudio de la bebé. Nos comenta entonces que llamó y le dijeron que necesariamente tiene que ir hasta el hospital para obtener la cita. Afirma que ir hasta allá le “va a ser difícil” porque tiene que dejar a sus hijas en la casa y son pequeñas, queda lejos el lugar (está al menos a dos horas en colectivo, a unos 20 km) y además tendría que conseguir la plata para su pasaje. Nos advierte, sin embargo, que la pequeña ha terminado su remedio y no ha tenido más fiebre desde entonces. Seis meses más tarde, la pequeña no se había realizado la prueba, no llevaba seguimiento por un/a nefrólogo/a pediátrica y tampoco había vuelto a tener ningún episodio febril.

Lucía y los problemas respiratorios de Pablo

Visitamos por primera vez a Lucía, una joven de 23 años, junto a la pediatra Raquel, a principios del mes de octubre del 2016. Esta joven mamá ama de casa, de figura corpulenta, piel blanca, cabello castaño y ojos claros, vive con sus 4 hijos (dos niñas y dos varones) y el padre de éstos, Alberto, un joven funcionario público. Sus hijas, Inés e Irma, tienen 6 años y 1 año y 7 meses; Julio, 3 años; y Pablo, el más pequeño, había nacido el pasado mes de mayo.

En el momento de nuestra primera visita, la familia de Lucía estaba alojada en la casa de su suegro, compartiendo residencia con éste, un hombre de 56 años que se dedica al reciclado y el hermano de su pareja y su familia: una joven con dos hijas de 7 y 6 años.

133 La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el porcentaje de alumbramientos por cesárea no exceda el 15%. En Paraguay la proporción de partos por cesárea asciende a más del 40%, cifra que triplica prácticamente a la recomendada por la OMS. Según información suministrada por el MSPyBS, el mayor porcentaje de este tipo de procedimiento se observa en el sector privado. Se estima que en más el 28,4% fue planificada (decisión tomada antes de la aparición de los dolores parto). <https://www.mspbs.gov.py/portal/8688/en-paraguay-cifra-de-cesarias-triplica-la-recomendada-por-la-oms.html>

La casa donde vive Lucía es un espacio amplio, que tiene paredes de ladrillo y techo de hormigón, con un segundo piso donde están ubicados dos dormitorios y un amplio salón, todos revestidos con suelo de baldosa. La vivienda cuenta además en la planta baja con un extenso patio con piso de cemento, donde descansa un camión, un viejo auto y el motocarro con el que trabaja su suegro. Además tiene un local que da a una calle recién asfaltada y que por temporadas es alquilado. En torno al patio se encuentra el baño, la cocina y al fondo de la casa un gran chiquero donde su suegro cría cerdos y gallinas que vemos revoloteando por el lugar a toda hora.

Lucía vino a vivir al Bañado (donde nació el padre de sus hijos) hace 7 años. Conoció a su pareja en las visitas que hacía a su hermano mayor, que reside en el lugar desde hace varios años. Lucía afirma que su mamá falleció cuando ella era pequeña, con tan solo 32 años, “de cáncer de pulmón”. Desde entonces se crio junto a su hermana y hermano mayor con su madrina en el municipio de San Lorenzo (ubicado en el área metropolitana de Asunción). Lucía atestigua haber terminado el segundo curso de los estudios secundarios y su marido tener la secundaria completa. La pareja de Lucía tiene seguro médico de IPS, sin embargo, no ha asegurado todavía en éste a ningún miembro de la familia.

Antes de tener a Pablo, su último hijo, Lucía siempre trabajó fuera de la casa. Por varios años, laburó como mesera en una lomitería¹³⁴ en horario de tarde-noche y anteriormente, hasta que nació su primera hija, durante un tiempo recicló en motocarro junto a su suegro.

Conversando con Lucía en la casa, ésta nos señala el dormitorio donde está instalada su familia. Observamos que, aunque el conjunto de la vivienda es amplia, las cuatro criaturas y la pareja (un total de seis personas) duermen en una única habitación que no es mayor de unos 16 m², en una misma cama doble, salvo el bebé que duerme en una hamaca colocada encima de ésta.

Lucía nos cuenta que Pablo, su hijo menor de poco más de 4 meses, ha tenido varias internaciones por problemas respiratorios. “Él estuvo internado ya dos veces, primero se internó 8 días y después 5”. Nos explica que la primera internación fue a mediados del mes de julio, con tan solo 45 días de vida, con diagnóstico hospitalario de bronquiolitis sobreinfectada y síndrome anémico. A lo largo del mes posterior al alta hospitalaria, Lucía afirma que el pequeño siguió con su tratamiento durante el mes de agosto, recurriendo en dos ocasiones al servicio de urgencias pediátricas. A inicios del mes de septiembre de nuevo fue internado en el mismo hospital por cinco

134 Local gastronómico donde se sirven sándwich de lomo de vaca entre otros platos.

días más con diagnóstico de neumonía. Tras su alta, el mismo mes acudieron en dos ocasiones más al servicio de urgencias pediátricas ambas por dificultad respiratoria.

Cuenta Lucía que al darle su alta los/as doctores del hospital en la última ocasión le recomendaron que llevara al pequeño en el INERAM¹³⁵ para consultar con un/a neumólogo/a, pero que no le llevó porque “por acá no hay forma de salir muy temprano”. Nos explica que el único colectivo que le lleva directo (pagando un solo pasaje) es la línea 6, pero que éste recién sale a las 5 de la mañana y que cuando “allá vos llegás”, aproximadamente una hora después, “ya no hay más número”.

Lucía nos comenta que ahora le preocupaba el peso de su pequeño, porque durante los periodos que estuvo enfermo “bajo mucho”, habiendo alcanzado en su último control de peso el lunes anterior 5,400 Kg. Cuando se enfermó, “él mamaba, pero poco, cuando se internó las dos veces bajó”, señala ésta. En su primera internación ya tuvo bajo peso, por ello, incluyeron a Pablo desde el servicio de internación pediátrica en el programa PANI¹³⁶ (Programa Alimentario Nutricional Integral). Sin embargo, nos explica que, como Pablo mantiene la lactancia materna exclusiva, por el momento ella toma la leche en polvo fortificada que le entregan. Admite que “ahora subió, pero subió muy poco” y que en la actualidad, Pablo sigue lactancia materna exclusiva, “cuando él quiere le doy, a cualquier hora igual le doy”. Su mamá reconoce que nunca suspendió durante los episodios de enfermedad la lactancia. Lucía comenta que como Pablo se va acercando a los seis meses, la nutricionista, con la que sigue sus controles del programa PANI, le ha sugerido que piense en pasarle a la leche en polvo para que empiece a alzar su peso¹³⁷.

Reconoce que a la USF de su barrio (que está a una cuadra de su casa) no acude a consultar con sus hijos/as porque no tiene pediatra, únicamente cuenta con un doctor para adultos. Solo recurre a este centro de salud para la aplicación de vacunas de los/

135 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente Juan Max Boettner.

136 Según los materiales informativos del MSPyBS, este Programa tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población paraguaya, desde un enfoque preventivo e integral, favoreciendo la recuperación nutricional de poblaciones vulnerables, focalizado en menores de 5 años que se encuentren en riesgo nutricional y gestantes que registran bajo peso. El Programa distribuye 2 kilos mensuales de leche fortificada durante 12 meses a los/as niños/as menores de 5 años con bajo peso y durante el embarazo y hasta 3 meses luego del parto a las gestantes. Además se articula con capacitación a las beneficiarias sobre controles durante el embarazo, la importancia de la vacunación de los niños y los cuidados básicos del recién nacido. www.inan.gov.py

137 En Paraguay, según datos presentados por DGEEC (2018e) basados en la *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, MICS Paraguay 2016*, “el porcentaje de niños y niñas menores a 6 meses de edad que recibieron leche materna de manera exclusiva es del 31,3%. Quienes recibieron leche materna de manera complementaria hasta los dos años de edad representan un 21%”.

as pequeños. Admite que suele acudir, sin embargo, a un servicio de consulta pediátrica gratuita en un pequeño puesto de salud ubicado a media cuadra de su vivienda, donde desde hace varios años una pediatra profesora de universidad atiende, junto a su grupo de alumnos/as, una vez por semana. Nos cuenta que en este dispensario de salud le suelen proveer de hierro y otros suplementos nutricionales para el bebé. Nos presenta las diferentes muestras médicas que le han entregado en visitas recientes: zinc elemental 20 mg/5ml, ácido fólico 30 mg, vitaminas A+D3+C, hierro 50 mg/5 ml, hierro + vitamina B12. Afirma a su vez que para el resto de sus hijos/as le han proporcionado en varias ocasiones medicación antiparasitaria, cuestión que le preocupa también porque su primera hija cuando apenas tenía un año “echó bicho por su boca” y ha podido observar hace poco “bichos” en las heces de su hijo Julio de 3 años.

Un mes más tarde, en una nueva visita con la pediatra, Lucía nos cuenta que en el último control de peso de la semana anterior Pablo pesó 6 kilos. En esa ocasión, también nos presenta nuevas muestras médicas de hierro con vitaminas que le proveyeron en la consulta pediátrica de la universidad. Nos señala igualmente que como están terminado las clases este servicio no volverá a abrir hasta dentro de tres meses.

Tiempo más tarde, en nuestra última visita en el mes de agosto del año 2017, la familia de Lucía se había mudado de casa. Habían comprado un amplio lote de 12x30 m a pocos metros de la vivienda de su suegro y allí estaban terminado de remodelar la casa, que con la ampliación que habían realizado disponía de tres habitaciones, un baño moderno y una cocina con azulejos. En ese momento compartían residencia con otra familia a la que alquilaban dos piezas.

En esta visita, resumiéndonos la evolución de Pablo en los últimos meses, Lucía nos comenta que había consultado hasta en tres ocasiones más por urgencias pediátricas con Pablo donde le habían realizado nebulización. Afirma que cuando Pablo tiene tos de seguido, ella tiene miedo de que le derive en *juku'a* (fuerte dificultad respiratoria) y por ese motivo ya le lleva enseguida a consultar.

También nos revela que hasta el séptimo mes de control de peso fue a recoger la leche del programa PANI con Pablo y que “después ya dejó” porque “había entrado en su peso”. Nos anuncia también que la principal novedad de estos últimos meses es que su marido había incluido a toda la familia en su seguro médico de IPS.

Lucía cuenta que cuando el tiempo está fresco le hace “su salbutamol” a Pablo, medicamento que asegura ahora consigue desde el IPS. Nos explica que le “da su salbutamol cuando empieza a toser demasiado”, y que al menos una vez al mes éste sigue teniendo “su crisis de tos por tres a cinco días cuando cambia el tiempo”. Además advierte que cada dos semanas continua llevando a sus hijos/as a control con la pediatra

de la universidad, donde también le provén de salbutamol para Pablo. Afirma que cuando “empieza a toser o le chorrea mucho la nariz” ya enseguida le lleva a consultar.

La alergia de Elena

Elena es una madre soltera de 37 años, de mediana estatura y de aspecto corpulento, que vive con sus tres hijos de 22, 11 y 4 años, y trabaja como recicladora en el vertedero municipal. Conocimos a Elena a través de su hermana, Sonia, también ganchera¹³⁸, una siesta calurosa del mes de marzo. Esta última, que sabía de nuestras visitas domiciliarias a personas con lesiones en piel en el barrio con la dermatóloga Paloma, nos comentó que Elena llevaba casi dos meses con varios *susuà* (forúnculos) que no le terminaban de desaparecer.

Nos encontramos con Elena en el patio de su casa convertido por su hijo mayor en taller y lavadero de motos, donde se observaban esparcidas y arrinconadas diferentes piezas y herramientas del oficio.

Elena nos explica que ella duerme con su hijo menor en una pieza de ladrillos rojos que hace pocos meses le ha construido su hijo junto a uno de sus hermanos. Señala que su hijo mayor vive junto a ella de forma independiente en una casa de madera que levantó en su patio la ONG “Un Techo para mi país” y que su hijo de 11 años suele quedarse con su abuelo materno que vive a una cuadra.

Elena, oriunda del departamento de San Pedro, vive en el Bañado desde principios de los años ochenta. Afirma que tenía dos años cuando su familia se instaló en el lugar. Nos relata que su mamá le contó que, después de la gran inundación del año 83 (y de pasar largos meses viviendo en la calle), hubo un proyecto de reubicación de varias familias en unos terrenos pelados sobre la ruta 1, a casi 30 kilómetros de la capital, y que allá vivieron como casi dos años y después vinieron “otra vez hacia acá” porque “la miseria era allá”.

Elena es la penúltima de seis hermanos, fue a la escuela hasta el cuarto grado, y desde los 11 años trabajó como recicladora junto a su mamá y dos de sus hermanos en el vertedero municipal de Asunción. Nos cuenta que toda su vida trabajó “en el gancho”, a excepción de unos años cuando le “clavaron¹³⁹” a su hijo mayor a los 13 años. Entonces se puso a trabajar cuidando a una anciana. Recuerda que le “pagaban poco”

138 Se denomina gancheros/as a los/as trabajadores/as que reciclan al interior del vertedero municipal donde utilizan como principal herramienta de trabajo un gancho.

139 Le apuñalaron.

que no le “alcanzaba para nada”, y que más tarde, con ayuda de su hermana menor que vivía en Buenos Aires, probó y se fue a trabajar a una zona residencial como empleada, cuando su segundo hijo tenía 4 años (alrededor del año 2010), pero que enseguida regresó. Estuvo tan solo seis meses porque no se hallaba, “más lloraba que otra cosa” (dice entre risas). Cuando regresó al Bañado, retomó su trabajo como recicladora en el vertedero. Admite que ella y sus hijos no cuentan con ningún seguro médico, pero que cuando era más joven su familia tuvo seguro de salud del IPS por parte de su papá, que trabajó por 25 años en una fábrica de producción de botellas de vidrio.

Mientras nos muestra Elena varias zonas de sus piernas con diferentes agrupaciones de granos, nos cuenta que hace casi dos meses empezó a ponerse rojo e hinchado el área de su tobillo izquierdo. Nos comenta que inicialmente pensó que había sido a causa de una araña, pero no observó rastro de picadura. Al principio, recuerda que “no tenía ni pus ni nada” el área inflamada y que en los días posteriores la zona enrojecida siguió extendiéndose y le aumentó la hinchazón. Menciona que fue a hacerse curación a la USF y que el segundo día “ahí se rompió mi piel pero no salió nada”.

En la parte trasera del muslo derecho de su pierna tiene marcas de unos granitos que le habían aparecido el pasado mes de diciembre “en ese entonces no podía más ni trabajar”, comenta, “se curó un poco y me fui (a trabajar) y después se vino a descomponer más y más”. Recuerda que eran muy dolorosos, pero que después le recomendaron “lavar con la hoja de ceibo, y se curó solo”.

Señala que inicialmente fue a consultar al centro de atención primaria que queda a una cuadra de su casa, “acá, con el doctor Manuel, siempre con el doctor Manuel”. Remarca que ella y sus hijos a menudo suelen recurrir a éste.

Afirma que el equipo de salud de este centro ya sabe que ella es “alérgica al antibiótico: cefalexina, amoxicilina no puedo tomar”, nos precisa. Por ello, nos explica, le indicaron tomar ciprofloxacina¹⁴⁰ 500 mg dos veces al día, uno a la mañana y otro a la noche. En esa ocasión, apunta que el doctor de la USF también le hizo una orden para hacerse unas analíticas y fue entonces cuando supo que “tenía colesterol y triglicéridos”. Reconoce que tiene la presión alta, pero no sigue tratamiento. Asevera que no tuvo resultados altos en su glicemia, en estas últimas analíticas, pero que tiene antecedentes diabéticos en la familia (su mamá era diabética y falleció por nefropatía) y añade que tuvo diabetes gestacional durante el embarazo de sus tres hijos que nacieron

140 Ciprofloxacino o ciprofloxacina es un antibiótico del grupo de las fluoroquinolonas con efectos bactericidas. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicinesplus.gov

con casi cuatro kilos, los tres mediante cesárea. Por otro lado, asegura también que durante ninguno de sus embarazos se hizo controles y que nunca se realizó PAP¹⁴¹.

Nos indica que su papá también le preparó “remedios yuyos con la hoja del tabaco” y nos muestra una planta que tiene en su patio con la que suele lavar sus heridas por que afirma “con ése te seca más rápido, ése es como para infección ya luego”, señala. Relata que su papá esa planta ya usó siendo joven “en la campaña, cuando le picó la vi(n)chuca¹⁴²” y que por este motivo “él tiene problemas de colón en su costado pero no se quiere más operar”. Elena comenta que ella al igual que sus hermanos/as no tienen problema en acompañar a su papá donde necesite pero que desde que “se hizo la endoscopia¹⁴³ [...] no se quiere más ir al hospital [...], después de eso ni acá (refiriéndose a la USF que está a unos 200 metros de su casa) se quiere ir”. Él sufre de presión alta, manifiesta también, pero “no se quiere ir”, por eso admite que le recogen cada mes su medicación en el puesto de salud. De ésta indica que su papá toma un comprimido de Enalapril¹⁴⁴ de 20 mg una vez al día.

En relación al tratamiento de su furúnculo, Elena recuerda que después de una semana tomando antibiótico no observó mejoría, por ello, se fue una tarde a urgencias del hospital general que queda a unos cuarenta minutos en colectivo de su casa. Señala que “se fue al hospital para que le vieran bien en la urgencia, a ver si es que tenían que cortar”, refiriéndose a abrir el forúnculo para drenarlo y limpiarlo.

En el hospital, advierte Elena, “siempre cuando llego ya les digo que soy alérgica [...] para que no me pongan cualquier cosa”. En esta ocasión, señala que le recomendaron continuar con la ciprofloxacina y diclofenaco hasta completar 10 días. Este último reconoce que tomó tan solo por 3 días.

“No me da luego gusto ir al hospital”, afirma, sin embargo, admite que a menudo ella suele recurrir a urgencias cuando siente fuertes dolores, “algunas vez de mi

141 La prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

142 Insecto hemíptero que se alimenta de sangre y puede medir hasta 3 cm de largo; es de color negro con manchas amarillas o rojas en el abdomen; suele habitar en viviendas precarias, especialmente en las que están construidas con adobe; es peligroso para el hombre por ser el que provoca la enfermedad llamada mal de Chagas. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

143 La endoscopia es una técnica diagnóstica que consiste en la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

144 Enalapril es un inhibidor ECA. ECA se traduce a enzima convertidora de la angiotensina. Enalapril se usa en el tratamiento de la presión arterial elevada (hipertensión) en adultos y niños que tienen al menos 1 mes de edad. Enalapril también se usa para tratar el fallo cardíaco congestivo en los adultos. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

cintura [...] porque de tanto trabajar ahí (en el vertedero municipal) tengo dolor de espalda [...] no sé qué me ponen pero me pasa”.

Añade que hace 8 días se fue de nuevo por urgencias al hospital y allá al observar su lesión y el tratamiento previo le indicaron consultar en otro centro (que queda a algo más de una hora de su residencia) con un/a especialista infectólogo/a. “Ahí me mandaron”, nos dice, mientras nos muestra uno de los blíster de antibiótico que le indicaron: Trimetoprim 150 mg – Sulfametoxazol 800 mg. “Esto es lo que estoy tomando todavía”. Señala que tres veces al día toma y que tiene que completar hasta 10. Asiente la eficacia terapéutica del medicamento en que ha observado mejoraría en sus lesiones, y expresa afirmativamente “esta semana es que ya no está hinchado [...] parece que se está curando”.

Elena asevera que todos los medicamentos que tomó fueron prescritos por un facultativo y proveídos gratuitamente en los diferentes centros de salud públicos donde consultó.

La dermatóloga Paloma que nos acompaña le pregunta si alguna vez se hizo pruebas de alergias. Elena afirma que en varias ocasiones los/as doctores/as le advirtieron que tenía que realizarse algunos estudios, pero que nunca le dieron indicación, “no me fui todavía, pero tenía que irme”, contesta.

Elena nos indica que es alérgica a ciertos antibióticos después de una inesperada reacción que le provocó en una ocasión una pastilla que supuestamente contenía amoxicilina. Nos explica que aquel día estaba en una reunión comunitaria y tenía un fuerte dolor de muelas. “Me dolía demasiado”, admite, y relata cómo entonces un señor le pasó una pastilla y ésa cortó a la mitad y un pedazo volvió a trocear para meter entre su muela y al ratito que “metí ahí, loca me puso”, recuerda. Cuenta que se empezó a despeinar y que no podía parar de rascarse sin parar y que se reía de balde, “parece que me intoxicó o algo [...] sentí que me faltaba el aire”. Se acuerda que sintió como si su garganta se cerrara “no podía respirar, no escuchaba nada, no veía más”. Después, describe que le empezaron a brotar manchitas rojas por el contorno de la boca y se le hincharon los pies. Cree recordar que el señor le pasó una pastilla (de la que menciona su nombre) que era un medicamento antibiótico, antiinflamatorio y analgésico que entre sus componentes contiene amoxicilina (como trihidrato) 500 mg, diclofenac potásico 50 mg y paracetamol 100 mg. “Desde ese día es que a mí me agarra la alergia”, termina afirmando rotunda.

Blanca y el tratamiento de las diarreas

Blanca es una mujer de 36 años, de silueta delgada y cabello rubio, ama de casa y madre de 7 hijos/as. Cuando la visitamos con la dermatóloga Paloma, una mañana de verano de intenso calor, ella había regresado hace escasos tres meses de la Argentina, donde estuvo viviendo por 13 años. El motivo de su regreso fue que su mamá de 76 años se encuentra enferma. Los cuatro hijos mayores de Blanca, tres varones de 22, 19, 16 años y una muchacha de 14 años se habían quedado viviendo al cuidado de sus abuelos maternos cuando Blanca migró al conurbano bonaerense.

En el momento de nuestro encuentro, Blanca vivía en la casa de su mamá, junto a su actual pareja de 54 años, un mecánico argentino, sus hijos (los menores de 10, 8 y 2 años el más pequeño) y la pareja de su hijo mayor, una muchacha de 16 años que estaba embarazada de cuatro meses. La casa de ña Miguela, la mamá de Blanca, estaba instalada en un amplio patio de arena que daba a uno de los principales cruces de caminos de un barrio cercano al vertedero. La anciana utilizaba como dormitorio una casa de madera de doble techo situada en altura que le construyó hace como seis años la ONG “Un Techo para mi país”. En ésta todavía se podía ver a más de un metro y medio del suelo la marca de pintura de la última inundación de principios del año anterior. La familia de Blanca dormía en dos amplias habitaciones anexas de paredes de madera terciada, techo de fibrocemento y suelo de tierra.

Blanca es la menor de seis hermanos/as, todos ellos/as viven en el Bañado. Oriunda de Villarrica, hace 20 años que la familia de ésta llegó al Bañado. Cuenta que vinieron a visitar a un tío desde San Pedro, donde vivían, y se quedaron. Cuando llegaron a finales de la década de los noventa, describe que el paraje era todo yuyal y muy pocos vecinos/as había instalados en la zona.

Blanca nos relata uno de los episodios de enfermedad que recuerda como más dramáticos, cuando su hijo de 16 años, Carlos, a la edad de tres años (en el año 2004), poco antes de ella migrar a la Argentina, se enfermó gravemente de diarrea.

Asevera que “antes no les llevaba al hospital a los otros mis hijos (los más mayores) [...] yo les daba remedios yuyos”. Admite repetidamente que al igual que a su mamá no le gusta ir al doctor ni a los hospitales. Reconoce que ella siempre ha tratado las diarreas de sus hijos mayores con remedios caseros, “yo ya sé lo que tengo que darle” y que de su mamá aprendió a hacer. Nos comenta que ella solía preparar un caldo de la “pancita del gallo antes que sea demasiado grande¹⁴⁵ [...] yo mataba al pollo y le daba a los chicos, medio caldito, no tiene que tener arroz, ni fideo, con quesito les daba”.

145 Refiriéndose a las mollejas del pollo, comúnmente conocidas como *takaraña*.

Nos explica que para el *empacho* solía utilizar la *yerba del pollo* que con ese remedio muchas veces sus hijos también se curaron cuando eran pequeños. Nos revela también que cuando era por *kambyryrujere* la diarrea, ésta era “así, tipo leche cortada pero de color amarillo”. En esos casos, afirma que llevaba a sus hijos a tratar con un médico empírico del barrio aledaño en Republicano. Blanca nos explica que distingue las deposiciones del empacho por el color y sobretodo porque éstas tienen un “olor insoportable, como a huevo podrido”.

Sin embargo, en aquella ocasión recuerda que a su hijo Carlos con tres años “le agarró cada dos por tres diarrea [...] le perseguía la diarrea [...] diarrea y vómito no le dejaba [...] su diarrea era agua, agua era” llegándose a internar en el hospital. Reconoce que “recurrí por todos lados, el médico no le hacía nada, le daba suero el doctor y nada, [...] Yo no quería ir al hospital, yo odiaba los hospitales, hasta que un día llegué porque ya no había más posibilidad para mi hijo, era piel y hueso, piel y hueso era [...] deshidratación de tercer grado tenía, decían los doctores”. Uno de los médicos empíricos que visitó fue quién le recomendó ir al hospital. Después de 18 días (recuerda exactamente) de internación de su pequeño, Blanca ironiza que el hospital era “como si fuera mi casa”. Recuerda entonces que al poco tiempo de regresar al hogar tuvo un segundo episodio de diarrea que le llevó a ingresar de nuevo a su hijo por 15 días más.

Tras este alta hospitalaria, a los dos días de su vuelta a la casa, Blanca recuerda vivamente que “le agarró una enfermedad que le convulsionaba todo, dicen que casi le agarró meningitis”, asevera. Explica que en esta ocasión estuvieron internados como un mes de nuevo en el mismo hospital y allí “le pusieron vía, muchos remedios” y más tarde, le trasladaron a un hospital materno infantil en el municipio de San Lorenzo y “ahí entró en terapia, cuatro días estuvo”, completando un total de 12 días hasta el alta¹⁴⁶. Recuerda aquel momento como especialmente difícil porque “no tenía plata” y no le daban “bolilla”.

Otro episodio de diarrea que menciona más reciente fue el que tuvo el “más chiquito” (refiriéndose a su hijo menor de dos años) al poco tiempo de llegar de la Argentina. En esta ocasión, el motivo que provocó la diarrea según Blanca fue que “al agua no está acostumbrado, es la primera vez que viene” y en otra ocasión dice que cree que fue por *kambyryrujere* porque su hijo se cayó mal y después de dos, tres días ya empezó con su diarrea. Nos reconoce que entonces le llevó a un médico empírico que ella conocía fuera del barrio pero que ya no atiende porque es de edad y que ahora es

146 Desde mediados del 2003, el servicio de pediatría del viejo edificio del Hospital de Clínicas (más comúnmente conocido como hospital de pobres) del barrio de Sajonia pasó a trasladarse a las nuevas instalaciones del Centro Materno-infantil de San Lorenzo.

la hija de éste la que recibe, a la que expresa no tener tanta fe porque es una extraña para ella, y porque afirma que entre los/as médicos/as no todos/as saben curar las mismas dolencias.

Comentan también Blanca y su pareja que lo que más les ha sorprendido a su regreso ha sido que los días de lluvia el patio se inunda de agua. La pareja de Blanca afirma con tono de asombro “no sé qué han hecho, hay calles que parecen ríos [...] cantidad de agua busca salida de algún lado y viene todo el agua para acá”. Continúa Blanca señalando “pasa todo el raudal, viene ese agua de cloaca y con eso la enfermedad y le sale cualquier cosa a los chicos [...] eso antes no pasaba por acá”. Nos explican que cuando avecina lluvia todas sus enseres tienen que alzar, nada puede quedar por el piso, y nos muestran como camas y roperos han montado sobre varios ladrillos. “No puedes tener nada. No puedes tener mobiliario ni nada, porque todo se pierde”. Nos indican hasta donde alcanza el agua el raudal, que le suele llegar hasta la rodilla y en algunas ocasiones afirman que llegó a la altura del colchón. La pierna “se les descompone a los chicos”, indica el padre, y nos muestran uno a uno las diferentes lesiones en piel que tienen los miembros de la familia en varias partes del cuerpo. Afirma que los vecinitos con los que juegan sus hijos también tienen este tipo de granos. “Ese *susu’a* hay muchísimo, a mis hijos le agarra a casi a todos”, apunta Blanca y “a él le agarró en la cintura (señalando a su pareja), también sus piernas, acá a todos mis hijos, por todos los lados, a todos les agarró el *susu’a*”. “A ella también”, señala éste, “sí, a mí también” (afirma tímidamente entre risas).

La dermatóloga Paloma les pregunta si consultaron con algún doctor y la respuesta es que no. Señalan que han estado utilizando rifamicina¹⁴⁷ que han comprado de la farmacia y que para lavar heridas también suelen recurrir a la hoja de guayaba, de ceibo o de penicilina. Esta última, Blanca nos indica donde podemos encontrar en las inmediaciones “esa de hoja roja, por ahí, en esa despensa, al lado de la casa verde”, nos señala. Nos indica que esa su mamá siempre utilizó y nos enseña cómo preparar antes de aplicar, “ésa hay que hervir y medio tibio pones con sal y lavas la herida”.

Finalmente, la dermatóloga antes de retirarnos de la visita les indica que toda la familia va a tener que tratarse porque tienen impétigo¹⁴⁸ y que éste es muy contagioso. Les recomienda que vayan al día siguiente a la USF de su zona a consultar con el doctor ya que van tener que tomar antibióticos para tratarse.

147 La rifamicina es un antibiótico del grupo de las ansamicinas usado para el tratamiento de infecciones causadas por bacterias Gram positivas, especialmente infecciones hepato-biliares, quemaduras, piodermis, heridas infectadas, impétigo y úlceras varicosas. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicinesplus.gov

148 El impétigo es una infección de la piel, más común en niños/as, causada generalmente por bacteria estafilococo o estreptococo. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicinesplus.gov

Juana y la confianza en el doctor

Nos encontramos con Juana una tarde soleada de septiembre, era nuestra primera visita junto a la pediatra Raquel. En esta ocasión, sus hijos varones jugaban balita y su marido, por momentos, descargaba junto a sus dos hijas los cartones que había acopiado aquella tarde.

Juana es una mujer de 29 años, madre de cinco hijos/as, natural de San Pedro. Esta mamá de tez morocha, alta estatura, aspecto robusto y dulce sonrisa, reside en el Bañado desde hace 14 años y trabaja junto a su marido Blas, un joven de 30 años, en la venta ambulante de verduras y frutas en el barrio.

Juana se crio con su abuela materna, nunca conoció a sus padres. Llegó al Bañado a través de unos parientes que vivían con anterioridad en el barrio. Ésta, al igual que su marido, no finalizó los estudios primarios.

Ambos aseveran que les marcha bien la venta porque mantienen muchos clientes en la zona y sirven tanto a particulares como a almacenes. Juana cuenta que la jornada de su marido Blas se inicia de madrugada, camino al mercado de abastos, para poder agarrar la verdura a buen precio; y a la tarde, cuando se va acercando la hora de cierre de comercios, éste también sale a rebuscarse en su motocarro para recolectar cartones, comida para chanco y otros materiales reciclables.

Afirma ésta que la última cuota de la pequeña ayuda social que recibía por hijos/as a cargo le vence el próximo mes y que ningún miembro de su familia nunca tuvo seguro médico.

Juana vive en una casa con una pieza de ladrillo y un galponcito de terciada, con tejado de chapas de metal y piso de cemento y tierra. Los cinco hijos/as de Juana tienen 11, 9, 7 y 5 años y la más pequeña, Camila, 7 meses. Revela Juana que hace nueve años se murió su primer hijo con 3 años y 8 meses, explica ésta que en un día de tormenta se cayó una chapa del tejado y del “susto se desmayó” y “no se recuperó más”.

En el predio anexo al suyo viven los padres de su marido pero ella remarca que se manejan de forma independiente a éstos. Desde hace una semana, reside con la familia una tía de Juana que vino del interior y que se ocupa por las mañanas del cuidado de la bebé de Juana cuando ella sale a trabajar.

Cuando sus hijos suelen tener algún problema de salud, Juana afirma que habitualmente suele consultar con una pediatra que atiende los días miércoles en horario de tarde en un policlínico que queda a unos treinta minutos a pie de su casa. A tan solo dos cuadras de su vivienda, señala que hay un centro público de salud, pero al

que no quiere ir más porque hace un año le hicieron problema porque no atienden a las familias que no son de su zona. Continúa contándonos Juana que el puesto de salud de referencia de su microterritorio no tiene médico/a desde hace varios años y que el equipo de salud además fue trasladado hace casi un año a unos 20 minutos a pie, en un sector del barrio que se considera entre sus vecinos/as como peligroso. Afirma que desde su traslado ha acudido tan solo a éste para la vacunación de su hija menor.

Si alguno de sus hijos/as se enferma, asevera que también prefiere ir por las tardes a un consultorio privado que le queda a una media hora a pie de su casa, a pocos minutos en motocarro. En los últimos meses, reconoce que ha ido a consultar a éste con su hijo mayor por repetidos problemas respiratorios y fiebre. En otra ocasión recuerda que fue con otro de sus hijos porque no paraba de vomitar, tenía diarrea y dolor de dientes. Comenta que le gusta ir a este doctor porque sus hijos/as “rápido se curan” y porque “da lindos remedios”. Asegura que este doctor conoce a toda su familia y que es muy bueno con ella porque “le hace precio” (si compra en la farmacia anexa a su consulta) y porque si tiene el remedio le regala (muestras médicas).

La última vez que consultó con el doctor privado el pasado lunes recuerda que fue con su hijo mayor porque estaba engripado, le encontraba decaído y había bajado mucho de peso. En esta reciente consulta se acuerda que gastaron 120.000 guaraníes (~20 USD) entre consulta y medicamentos. El doctor le indicó: 1) clorhidrato de clenbuterol 20 mg¹⁴⁹ (broncodilatador, expectorante, mucolítico); 2) salbutamol¹⁵⁰ (antiasmático, broncodilatador); 3) un antitusivo, antialérgico, descongestivo, mucolítico, expectorante¹⁵¹; 4) amoxicilina (como trihidrato) 875 mg; ambroxol clorhidrato 60 mg (antibiótico, mucolítico y expectorante) y 5) prednisona¹⁵² 20 mg (corticosteroide) y nos enseña que le regaló una muestra médica de un broncodilatador. Juana nos señala que enseguida su hijo mejoró.

En otra ocasión que visitamos a Juana, estuvimos conversando con ella acerca de sus últimas visitas a doctores y médicos/as empíricos/as. Ésta manifiesta inicialmente que prefiere ir “al doctor generalmente porque es más fácil [...] te da todos los re-

149 Contiene cada 20 gotas según prospecto del medicamento.

150 El salbutamol (DCI) o albuterol es un agonista β_2 adrenérgico de efecto rápido utilizado para el alivio del broncoespasmo en padecimientos como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

151 Medicamento que contiene cada 100 ml: dibromhidrato de dextrometorfan 200 mg con clorhidrato de fenilefrina 80 mg, maleato de clorfeniramina 40 mg, bromhexina HCl 80 mg y éter gliceril guayacol 1.000 mg.

152 La prednisona alivia la inflamación de diversas partes del cuerpo. Se utiliza para tratar o evitar reacciones alérgicas, como tratamiento para determinados tipos de enfermedades autoinmunes, cutáneas, asma y otras afecciones pulmonares. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

medios y le das nomás luego ya a tus hijos y si vos le llevas a algún médico, te da un papelito para preparar o tenés que ir otra vez de vuelta para hacer el remedio” requiere más tiempo de preparación “y si algún remedio no conocés, ¿cómo vas a conseguir?, tenés que ir a buscar otra vez al mercado”.

Juana nos expone un amplio conocimiento de remedios caseros que aprendió desde pequeña viviendo con su abuela, pero admite que “hay muchas cosas que yo sé, pero no hago”, prefiere llevarle al doctor y darle lo que le indica éste, porque así, admite, se cura más rápido.

Nos explica que otras veces ha optado por ir a urgencias de un hospital general cercano cuando sus hijos han tenido problemas respiratorios o fiebre, especialmente si se ha dado a la noche cuando el consultorio privado al que va habitualmente ya cerró. Afirma que con su hijo Álex, de 11 años, fue en los últimos meses más de 5 veces a urgencias por fiebre y tos y que su hija Fabi, de 5 años, también suele tener problemas respiratorios porque “parece que tiene alergia del viento”, afirma Juana, “hace poco que ella es así”. Su marido es más partidario de ir a otro hospital que considera mejor porque “los que atienden son creyentes”.

Afirma no visitar a menudo a los médicos/as empíricos/as, sin embargo, nos cuenta que hace poco fue a una médica con su hijo mayor porque tenía *py'aruru*, “fiebre a toda la hora le daba”, afirma, “fue por eso que le llevé a la médica y le puso ese *tonsin-sal*¹⁵³ con la hoja de *mba'ysyvo* (tártago)”, nos comenta. “De eso los doctores no saben nada, solamente los médicos (empíricos)”, remarca y añade que los de la campaña saben hacer más bien.

En ese momento se muestra preocupada porque su hija menor se ha enfermado en varias ocasiones habiendo perdido mucho peso. Admite que ninguno de sus hijos/as estuvo internado nunca en el hospital, salvo Camila, la más pequeña, cuando tenía tan solo 3 meses y que ésta hace un mes tuvo *susu'a* (forúnculos) por todo su cuello y cabeza, “todos en casa tuvimos”, admite, “¡nos persigue!”.

Nos explica que ya durante el embarazo de Camila tuvo muchas molestias y tuvo que estar en reposo los últimos meses y que incluso la llegaron a internar en su octavo mes de gestación porque “se quería adelantar”. Respeto a los controles durante su último embarazo nos resalta que se hizo varias ecografías las cuales nos muestra, todas realizadas en centros privados.

153 Grasa de cerdo usada para fricciones.

El día que dio a luz, Juana nos explica que inicialmente fue al puesto de salud que queda junto a su casa porque sentía mucho dolor pero allí no le dieron número. Entonces se trasladó a otro centro de salud que le indicó que directa fuera al hospital. Después de esperar cerca de una hora en éste, se fue a otro hospital de otro municipio aledaño porque sintió que “no le hicieron caso”. Asegura que cuando llegó a éste último enseguida le atendieron. Tras cuatro alumbramientos en casa con partera, en esta ocasión optó por el hospital donde también le realizaron la ligadura de trompas.

Respecto a la internación de Camila cuenta que primero fue un miércoles a consultar por la tarde al policlínico por su *juku'ai* (respiración agitada pero que consideraba leve) y siguió las recomendaciones del doctor, pero unos días después empeoró y el sábado a la noche de urgencias fue al hospital general cercano donde internaron a su pequeña por bronquiolitis por veinte días. Comenta que desde entonces observó que bajo mucho de peso. Señala que en el hospital nunca antes había estado internada con sus otros hijos y que en ese momento se sintió muy preocupada por su hija. Juana se reconoce como evangélica, sin embargo, afirma que tal era su desesperación en aquellos días que hizo una promesa a la Virgen de Caacupé¹⁵⁴: ir junto a ella si su hija se recuperaba. A los pocos días del regreso de la pequeña a la casa, tras el alta hospitalaria, Juana y su hija Camila cumplieron visitando a la Virgen.

Paula y el medicamento

Una muy calurosa tarde de finales del mes de enero, en uno de nuestros recorridos por el barrio, visitamos a Paula, una madre adolescente de 16 años de piel clara, aspecto curvilíneo y baja estatura. Habíamos conocido a esta joven varios meses atrás cuando su hijo, Mateo, tenía apenas 20 días. Entonces, vivía en una casa construida de madera terciada y techo de fibrocemento en una de las plazas de la ciudad convertida en zona de refugio para damnificados por la inundación del río Paraguay, donde había pasado todo su primer embarazo. Desde que Paula regresó al Bañado la habíamos visitado en repetidas ocasiones con la pediatra Raquel.

Aquel día, Paula estaba sola con su hijo en una nueva casa construida con ladrillos rojos que su pareja (junto a uno de sus cuñados) había levantado pocos meses atrás. En aquel momento, la pareja de Paula, un joven tractorista de 30 años, estaba trabajando en el interior del país, en el departamento de San Pedro, en la extensión de

154 Virgen de los Milagros de Caacupé a la que tienen gran devoción y fe gran parte de los/as paraguayos/as, quienes cada año peregrinan hasta la Basílica donde se encuentra su imagen en la ciudad de Caacupé considerada “La Capital Espiritual del Paraguay”.

canales de agua en un sector del país donde nunca antes hubo. Varios familiares de la pareja de Paula, afirman que “él gana bien, porque trabaja por producción” y “laburo no le falta”. Paula señala que cada semana o cada 15 (días) él le gira plata para lo que ella y su hijo necesiten.

Paula vive en un patio independiente anexo a la casa de su suegra con quien a menudo almuerza y donde pasa junto a su cuñada y sobrinos parte del día. Paula es la mayor de cuatro hermanas de entre 14 y 11 años, las cuales viven con su madre en otra zona del Bañado. Esta mamá adolescente no llegó a culminar el octavo grado porque se retiró de la escuela cuando empezó a notarse su panza, “el director mucho le insistió para ir a rendir (los exámenes finales), pero tenía vergüenza”, afirmó en una ocasión una de sus familiares.

Aquella tarde, Paula nos comenta que la última semana del mes de diciembre a Mateo le empezó a salir un granito en el cuello, entonces su bebé tenía 6 meses. En la anterior visita con la dermatóloga Paloma unos meses atrás, Paula había comentado que ella había tenido diferentes episodios de *susu'a* en el pasado y durante la exploración de piel aquel día la doctora le identificó y le comentó que le estaba empezando a salir uno bajo la axila.

Añade que al principio a Mateo le daba fiebre y después ya no tenía, pero “le explotaban tres granitos y le volvían a salir cuatro”. Para inicios del mes de enero a esta joven mamá le empezó a preocupar la situación porque “los granitos eran cada vez más grandes” y describe que entonces lejos de remitir se le empezaron a extender en la cabeza, por toda la parte del cabello, y le continuaban por el cuello y la parte alta de la espalda. Nos muestra la cabecita de su bebé donde todavía se podían ver las señales de los numerosos forúnculos que le crecieron.

Inquieta por la situación, Paula pensó entonces dónde acudir a consultar. Nos señala que el puesto de salud de su zona no tiene doctor/a desde hace años, y que en el otro centro de salud cercano a su casa no atienden a personas que no pertenezcan a su área de cobertura.

Nos relata que primero fue a consultar a la USF del barrio aledaño (donde vivía antes de ser mamá y había realizado sus controles prenatales), pero esa semana el doctor estaba de vacaciones.

Comenta que entonces decidió ir al policlínico que le queda como a media hora a pie, pero donde atienden pediatras. Nos cuenta que aquella mañana, a pesar de haber llegado muy temprano, “no le alcanzó el número” porque había pocos/as doctores/as, muchos/as de ellos/as también estaban de vacaciones. Explica que su mamá, que

le acompañó en esta ocasión, “tenía que retirar para su asma su aerosol, la pistolita” y tampoco encontró doctor/a. Ante la situación, nos comenta Paula que seguidamente su mamá le propuso preguntar en la farmacia cercana, “una que está al lado de un doctor privado” nos especifica.

Nos dice Paula que la farmacéutica, tras haberle comentado el episodio de la dificultad para encontrar doctor/a y al observar los granitos en el cabecita del pequeño, le recomendó que le diera de tomar un antibiótico: cefalexina¹⁵⁵ 500 mg/5 ml polvos para preparar suspensión de 100 ml. Paula señala que las indicaciones de ésta fueron 5 cc cada 12 horas por 10 días.

En el momento de nuestra visita, el bebé había estado tomando por ocho días este antibiótico y Paula advierte que le restaba por completar dos días más. Nos muestra el frasco con la suspensión diluida casi consumida por completo. Paula consideraba en aquel momento que Mateo ya se había curado porque no le había vuelto a salir, desde hace días, ningún granito más.

Una semana más tarde, visitamos de nuevo a Paula, en esta ocasión acompañados con la dermatóloga Paloma, la cual observa que le han desaparecido casi por completo las marcas de los granitos. No obstante, le recomienda tanto a ella como su bebé “descolonizarse” y para ello, le da una serie de indicaciones verbalmente. Según el criterio de la dermatóloga, si no realizan el procedimiento indicado los diferentes miembros de la casa en el futuro podría volver a manifestarse el germen recurrentemente en forma de forúnculos.

Teresa, una vida en la adversidad

Conocimos a Teresa una tarde nublada de principios del mes de marzo, tras una visita que realizamos a uno de sus familiares con la dermatóloga Paloma. Al terminar la entrevista, ésta se acercó a nosotros y nos pidió amablemente ir a visitarla a la semana siguiente.

Teresa es una mujer de 43 años, en la actualidad ama de casa, que vive con sus dos últimos hijos de 20 y 9 años y el padre de éstos, un hombre de unos cuarenta y tantos años del que dice no conocer su edad.

155 Cefalexina es un antibiótico del grupo de las cefalosporinas de los conocidos como de primera generación. Es utilizado para tratar infecciones bacterianas en el tracto respiratorio, la piel, los huesos, el oído. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medlineplus.gov

Esta mujer morocha, de baja estatura, delgada figura y cabello cano comienza contándonos que ella nació sietemesina. Destaca que nunca fue a la escuela y que trabajó como recicladora en el vertedero municipal de Asunción desde los 10 años donde se inició acompañando a su tía paterna con la que se crio, llegando al Bañado hace 33 años, tras la muerte de su mamá durante un embarazo en el que iba a tener mellizas. El papá de Teresa, antiguo repartidor de carbón, había fallecido tiempo atrás también en un accidente a la edad de 58 años. Con sus dos hermanos perdió el contacto hace muchos años, cuando su hermana se fue a Buenos Aires a la edad de 14, y de su hermano lo último que supo es que vivía en San Lorenzo.

Teresa por más de 13 años trabajó en el vertedero, donde conoció a su actual pareja, padre de sus dos últimos hijos, cuando su hijo mayor era bebé. Entonces se mudó a vivir a la zona del bañado donde actualmente reside desde hace 20 años.

Nos comenta que ella antes vivía en un sector al que llamaban “villa’i”, un pequeño núcleo de familias que se había ubicado en una zona que tras la última inundación quedó totalmente cubierta por el agua. Cuenta que allá vivía en una casa de madera de las muchas que construyó en el bañado la ONG “Un Techo para mi país”, pero que quedó toda su vivienda en el agua y no pudo volver más al lugar.

Cuando bajaron las aguas, este grupo de familias explica que se instalaron en torno a una cancha en lo que eran pequeñas lagunas, terreno que han tenido que cargar metiendo muchas camionadas de escombros.

En la actualidad, vive en una casa de terciada, ubicada sobre una elevada montaña de cascotes y arena, provista de una cama doble donde duerme ella, su hija menor y el padre de sus hijos. Comparte patio con su segundo hijo, que se ha construido también con terciada y “eternit” una pieza aparte a escasos diez metros de la suya. Admite que mucho anduvo y mejoró el lugar porque “antes acá demasiado feo era”.

Asegura no tener agua durante el día y que por ello junta a la noche “de nooche sale, a las dos de la madrugada me viene, no duermo y preparo todo mi balde y ya cargo” para tener el resto del día. En el interior de su pieza, tan solo tiene una cama doble, un lavarropa y un viejo ropero que le vino con el escombros. Destaca que con éste también le llegaron varios ladrillos que junta para construir más adelante. “En la inundación perdimos todo”, manifiesta, con la inundación “se fue todo mi colchón, mi ropa, la ropa de mi nena”.

Teresa nos señala contenta como amamanta su chancha las diez crías que tuvo recientemente y dice que va a criar algunas y vender otras cuando apenas tengan un mes los lechones y se desteten de la mamá.

Conoció a su pareja actual trabajando en el vertedero. Describe a éste como argel, y se disculpa delante de nosotros repetidamente porque éste se muestra arisco con ella, llamando repetidamente su atención, pidiéndole con tono fuerte de voz que le traiga diferentes cosas porque se está preparando para irse a trabajar. “Demasiado argel es y yo no más le aguanto [...] pero me voy a ir [...] voy a preparar ya todo para irme allá con mi hijo (el mayor), no da más gusto con él”, nos comenta.

La hija menor de Teresa de 9 años es “una niña especial”, nos explica, tiene síndrome de Down. Señala que nació sietemesina con 1 kg 200 g y que estuvo internada por más de cuatro meses en un hospital cercano y donde siguió más tarde distintos controles. Teresa nos explica sonriente que su hija Ángela este año entró en primer grado en la escuela, pero que en ocasiones tiene que quedarse allá a mirar porque unos niños la “andan hinchando”.

Paradójicamente afirma que nunca recibió ayuda familiar por hijo a cargo “yo metí mi papel y no salió, hay éstos que tienen almacén e igual nomás cobran, les salió todo a ellos y a mi suegra le salió también, pero ahora le sacaron ese Tekoporâ y a mi cuñada también ya le sacaron”. Señala que tampoco contó nunca con ningún tipo de seguro médico.

Su hijo mayor, que tiene 23 años, antiguo reciclador en el vertedero, trabaja desde hace varios años como recolector del servicio municipal de basuras de la capital. Afirma que éste cuenta con seguro médico en su trabajo. Su hijo de 20 años trabaja al igual que su padre como reciclador en el vertedero. Este hijo tan solo fue a la escuela hasta el primer grado. Entre sus problemas de piel más recientes, recuerda que recientemente éste tuvo “*susuà* (forúnculo) en la nalga que lavaba con hoja de guayaba y le ponía cloranfenicol y que anteriormente había tenido “pique” (tunga penetrans) cuando estuvieron en el área de refugio durante la época de crecida del río dos años atrás. “Allá mucho había de eso”, indica.

Expresa que, cuando Ángela estuvo internada, los doctores le dijeron que tiene soplo en el corazón, condición que según su parecer se debe al “quebranto de cuando estuvo en mi panza”. Advierte Teresa que cuando ésta se engripa suelen recurrir a la USF de su zona pero que “ella no se enferma luego”.

A continuación nos señala diferentes lesiones de piel en su cuello, escote y brazo izquierdo que afirma tiene desde hace tiempo y que no le desaparecen, “no se quieren curar luego” y por las que nunca consultó, admite. Éstas son identificadas por la dermatóloga como micosis¹⁵⁶.

156 La micosis es una enfermedad de la piel causada por hongos que puede afectar, además de la piel, a las uñas y el cuero cabelludo. Enciclopedia médica MedlinePlus. www.medicineplus.gov

Reconoce que cuando le pica le pone limón a su micosis del escote y que a menudo, suele lavar la zona con hoja de guayaba hervida en agua o con jabón de glicerina. Hasta el momento, asegura no haber utilizado ninguna crema y reconoce que en el brazo le dijo una señora “para que le pusiera nafta” y en varias ocasiones utilizó ésta como remedio.

Afirma que toma limón también para su presión arterial que en ocasiones se eleva cuando está preocupada y que a menudo tiene dolores de cabeza, especialmente cuando le agarran los nervios y cuando viene el aguacero. Reconoce que nunca se internó, que tan solo tuvo una pequeña intervención en el hospital cuando hace años le quitaron un quiste de unos cinco centímetros que tenía en la espalda.

Señala “yo nunca me enfermo”, al tiempo que nos manifiesta que en los últimos años ha recurrido hasta en tres ocasiones al servicio de urgencias por fuertes dolores de estómago para que le apliquen una inyección, la última vez hace apenas seis meses.

Asegura que los/as doctores/as le han advertido que tiene que operarse de piedras en la vesícula. En una ocasión, recuerda que le indicaron algunos estudios que nunca se realizó. “Hace mucho que estoy así”, nos cuenta, “pero no le hago caso”. Estima que desde hace seis años repetidamente le molesta su estómago, que por ese motivo no puede más comer demasiado. Sin embargo, reconoce que no consulta con el doctor salvo cuando tiene fuertes dolores, ocasiones en las que recurre a las urgencias del hospital donde “me ponen mi remedio y ya vuelvo”, señala. Teresa revela que los/as doctores/as le insisten: “te tenés que operar”. Admite que en las últimas crisis le han advertido: “te avanza todo, dicen, [...] feísimo es, dicen, [...] tiene todo pelo, dicen”.

Leticia y el *viru'a*

Leticia es una mamá de 38 años que vive con su esposo Carlos de 33 y su primer y único hijo a pocos metros del vertedero municipal de Asunción.

Una tarde calurosa de febrero, realizando visitas domiciliarias con la dermatóloga Paloma en el barrio, al pasar cerca de su zona, un vecino nos interpelló indicándonos que “allá en esa casa” había una criatura con la “piel descompuesta”.

Cuando palmeamos frente a su puerta, apareció de repente una joven de melena castaña, figura robusta, piel y ojos claros algo sorprendida a la vez que sonriente. Le comentamos que estábamos realizando visitas con una doctora de piel y que nos habían informado que su hijo tenía algún problema. “Tiene *viru'à*” (varicela), nos responde apresuradamente, mientras nos invita repetidamente a pasar al interior del dormitorio donde duerme, bajo una mosquitera, su bebé de un año y tres meses.

Leticia, natural de Coronel Oviedo, había venido a vivir a la capital junto a la familia de su pareja (oriunda de Canindeyu) en el año 2.000. Se quedaron a residir en el bañado por recomendación de amistades y su cuñada que les decían: “hay mucho trabajo, hay lugar para agarrar, hay lugar para comprar”. Recuerda que cuando llegaron donde vive actualmente “el barrio no era así-*ete*, había solamente la casa de ña Mercedes. Esto era todo yuyal [...] y la esposa de Don Camilo (su vecino), vivía todavía”. Señala que siendo soltera, cuando llegó al bañado, primero “alquiló una piccita” en otro sector y fue más tarde que con la familia de su marido compraron “todos juntos la casa de acá al lado, donde vive (ahora mi) suegra, y después ya compramos nosotros éste (lote) y juntamos la platita para hacer para nuestra casa”.

En la actualidad, Leticia reside en una vivienda contigua a la de su suegra, en una casa amplia de ladrillos y techo de chapas zinc, donde a la tardecita abre un pequeño copetín en el que sirve empanadas, hamburguesas y bebidas. Cuenta que desde hace 10 años se mantienen vendiendo en su casa y en los alrededores comida. “Primerito empezamos chiquito [...], haciendo empanadas, pero cuando eso la empanada era a quinientos y eran grandes”. Ahora son más pequeñas y cuestan el doble, remarca entre risas. Más tarde, fueron ampliando el negocio. Aprecia que les va bien y señala que en el último año también son pequeños compradores-intermediarios de materiales reciclables, “nosotros compramos a cuatro personas que se van en carrito a mano (a reciclar) y llevamos a vender a las fábricas”.

Leticia afirma que apenas han pasado seis meses desde su regreso, después de la inundación de su terreno por la crecida del río. Durante la visita, Leticia nos muestra orgullosa su casa, que se distribuye en dos dormitorios, una sala, una cocina y un baño “moderno”. “Ésta construí yo con mi marido y así-*ete* era mi panza trabajando” (hace gesto con los brazos). Señala también que en el patio trasero tiene su antigua casa de madera, que utiliza a modo de cocina independiente y donde tiene todos los elementos (freidora, plancha, freezer, etc.) para la preparación de la comida que venden. Afirma que ahora ya no le entra el agua “estamos muy altos porque cargamos muchísimo” y comenta que para el próximo cumpleaños de su hijo quiere cubrir todo el piso de azulejo, “así yo pienso”, dice firmemente.

Leticia terminó sus estudios de secundaria y trabajó por varios años en una cadena de supermercados hasta que se casó hace tres años. Durante sus años como asalariada, indica que tuvo seguro médico del IPS, pero que en este momento ningún de los miembros de su familia tiene seguro.

Cuando vino la creciente, afirma que se vieron obligados a trasladarse “por ahí, en la calle [...] justito cuando nosotros nos mudamos de acá el 10 de diciembre, mi pan-

za era así y el 20 ya nació mi hijo, a los 10 días de salir él ya nació”. Señala que “nació prematurito” y que por ello, fue a tenerlo a un hospital materno infantil de la capital.

Leticia nos comenta que hace tres días le comenzó a salir a su bebé en la zona del cuello como una ampollita. “Yo le llevé en urgencias” del hospital de zona, asegura, “y a mí me dijo la pediatra que le tengo que dar mucho remedio yuyo refrescante”, afirma.

Apreciamos cierto gesto de extrañeza en la dermatóloga, la cual le apunta “¿eso te indicó la pediatra?” y le pregunta si le indicaron algún tipo de crema o antibiótico. La enérgica mamá se va a otra habitación y regresa al instante mostrándonos un tubo de gentamicina 0,1 g / 100 g+- betametasona 0,1 g / 100 g y un frasco blanco de antibiótico para suspensión en 50 ml de cloranfenicol 125 mg / 5 ml. Afirma que ambos le entregaron en la farmacia del hospital público, no obstante ninguno de los medicamentos lleva el sello de ser proveído por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La doctora le solicita entonces la libreta de vacunación de su bebé y le pregunta de nuevo por la edad de éste y por su peso.

A los pocos segundos, aparece la madre con la libreta en mano aseverando “en todas partes hay varicela por la zona [...], pero rarísimo es que le salió” comenta, y nos explica que suele tener mucho cuidado en que al bebé se le acerquen otros niños/as o perros.

Nos reconoce que “le preguntaba a todo el mundo qué pa darle”. Comenta que “otros” (no especifica quienes), le recomendaron darle “horchata”, un remedio a base de una mezcla de semillas: de sandía, zapallo y melón que se vende habitualmente para su preparación como infusión en sobrecitos en diferentes despensas del barrio y se suele recomendar en casos de fiebre y particularmente para los/as niños/as que les ha brotado varicela.

Después de una exploración detenida de las lesiones del bebé por parte de la dermatóloga Paloma, ésta le comenta a Leticia “no es varicela, ves tiene esa forma de anillo [...] vamos a cambiarle (su remedio) porque ése que está tomando no le va”. La dermatóloga le manifiesta a la activa mamá que es posible que haya iniciado pareciéndose a una varicela, sin embargo, después de una exploración detenida identifica que es un impétigo ampollar. La dermatóloga le explica que es una enfermedad causada por una bacteria que puede estar en el piso o por la casa, que es muy contagiosa y que puede ser que a veces los adultos no tengan reacción, pero sí los/as niños/as y le recomienda que al día siguiente vaya a consultar con la USF de su zona para que le indiquen antibiótico y le dosifiquen bien de acuerdo al peso del pequeño.

Leticia se muestra preocupada y afirma espontáneamente de repente “ahora mismo, le voy a bañar y nos vamos a ir”. A los treinta minutos, mientras seguíamos conversando con Leticia aparece frente a la casa su marido montado con su hijo en una furgoneta con el motor en marcha. Sin decir palabra, éste hace un gesto de asentimiento con la cabeza que es respondido por Leticia como avisando que está listo para que se vayan. Acto seguido, ésta nos anuncia que se van a ir a consultar y comprar lo aconsejado por la dermatóloga y cierra la puerta de su casa. Mientras se va acercando a la furgoneta se despidе de nosotros, agradeciéndonos la visita.

Al lunes siguiente pasamos a visitar de nuevo a Leticia para ver a su bebé. Nos recibe muy sonriente diciendo escueta y espontáneamente “se curó” y nos invita amablemente a que entremos a ver a su hijo. Nos muestra que compró la crema que le indicó la doctora que contiene mupirocina 20 mg al 2 %. “Ésta tuve que comprar” porque en el hospital público donde fue a consultar la pasada semana no tenían, le explica la joven mamá a la doctora. El tubo de crema aparecía casi gastado “completito usé porque me dijiste que por 10 días dos veces al día” afirma la mamá. Nos muestra también una pequeña botellita de plástico llena hacia la mitad de un líquido rosado, donde se puede leer cefalexina 500 mg / 5 ml antibiótico de amplio espectro. Recuerda la mamá que dentro de poco tiene que ponerle la vacuna porque varicela no tuvo todavía. Ésta se aplica en Paraguay cuando el/la niño/a tiene 1 año y 6 meses.

Nos advierte que esa misma mañana había ido con su bebé “para control” a la consulta que ofrece la dermatóloga en el barrio los lunes, pero encontró el dispensario cerrado. Ésta le explica que ese día excepcionalmente no tuvieron consulta, porque la hermana del muchacho encargado de dar los turnos, una joven de 21 años del barrio, había fallecido la noche anterior en su cama.

Leticia continúa afirmando “rapidísimo se curó, porque enseguida fuimos a consultar”, dice mientras alza a su hijo en brazos desde la cama y nos muestra el rastro de sus lesiones.

9 | Reflexiones finales

Este estudio ha tenido como objetivo la exploración de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias que viven en el Bañado Sur, contexto urbano caracterizado por su precariedad, pluralismo asistencial y amplia desprotección. Con este propósito se ha buscado examinar la articulación de las políticas, itinerarios y tec-

nologías de salud que las familias transitan y en la que están insertas cotidianamente en este territorio.

Con este fin, en un primer momento, este capítulo ha tomado un acercamiento a la contextualización histórica de las dinámicas sociopolíticas y económicas del país que han dado lugar a la conformación de los territorios urbanos de “los Bañados” en la capital del Paraguay, definiendo las condiciones singulares de una urbanización popular periférica basada en la autoconstrucción habitacional, infraestructural y política organizativa incremental en su gradual poblamiento; las cuales revelan igualmente los procesos de ordenamiento social, económico y degradación ambiental estratificados de estos espacios urbanos¹⁵⁷ en el ciclo de la vida de la ciudad de Asunción (Caldeira, 2016; Di Virgilio y Perelman, 2014; Carman, 2011; Roy, 2011).

En una segunda parte, se ha realizado un breve recorrido a través de la configuración histórica de las políticas de salud paraguayas. En esta trayectoria ha predominado, desde finales del siglo XIX, un modelo higienista preocupado principalmente por la vigilancia y control de enfermedades infecciosas y epidemias, y una atención a la salud dirigida a la población empobrecida proveída por largo tiempo, desde un modelo médico-asistencial, fundamentalmente por organizaciones filantrópicas (Boccia y Boccia, 2011).

Estos modelos tomarán continuidad en coexistencia con una ampliación paulatina del sistema de salud público paraguayo, fundamentalmente desde la década de los cuarenta, en la que predominaron las colaboraciones y tutelajes de distintos organismos y agencias internacionales a través de la inserción de directrices programáticas con especial énfasis en las enfermedades parasitarias, infecto-contagiosas y la salud materno-infantil, así como mediante la financiación de campañas de salud y de la construcción de nuevas infraestructuras (Silvero, 2014).

A fines del régimen stronista (1954-1989), el sistema de salud público paraguayo estaba constituido por una estructura sanitaria raquítica con una cobertura escasa, precaria y concentrada fundamentalmente en las principales áreas urbanas del país. Esta situación ha convivido históricamente con un alto protagonismo del pluralismo asistencial de médicos/as empíricos/as y parteras y un importante vitalismo de los saberes populares en el cuidado a la salud desde el ámbito de la autoatención (Cadogan, 1957).

157 Descentrando la imagen del territorio como insularizado, homogéneo y desconectado, a la luz de los permanentes procesos migratorios internos y transnacionales, las actividades económicas interconectadas simultáneamente con otros territorios, y las diversas formas de hacer familia más allá del núcleo residencial en nuevas configuraciones familiares transnacionales (Gupta y Ferguson, 2008; Portes y DeWind, 2006; Soto *et al.*, 2012).

Si bien la llegada de la democracia marca un punto de inflexión conformando un nuevo marco normativo e institucional a partir del cual progresivamente se establecen medidas que van definiendo una ligera protección social y de la salud en Paraguay a través de programas focalizados en salud, no es hasta hace una década que se establece una nueva política pública de salud que contempla la gratuidad de los servicios de atención y medicamentos esenciales para el conjunto de la población. En ésta se inserta la estrategia de Atención Primaria a la Salud que se desarrolla con la instalación de las Unidades de Salud a la Familia dando prioridad a los territorios considerados con mayores niveles de vulnerabilidad del país, implementación que tomó como origen las áreas urbanas de los bañados de la capital del Paraguay donde se ha desarrollado nuestro estudio. Específicamente, éste se localizó en los territorios de tres USF situadas en Bañado Sur.

La política de salud paraguaya de los últimos años, coincidiendo con la realización de nuestra investigación, se ha enmarcado en el contexto paradójico que da continuidad a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud desde un sistema ampliamente marcado por su segmentación, fragmentación y desprotección social en salud en un escenario de intrincadas desigualdades de larga duración (Hernández, 2003, 2008, 2012; García, 2015).

Durante nuestro trabajo de campo, en el análisis de los dispositivos de salud locales, hemos podido apreciar que la permanencia por una década de los equipos de salud de atención primaria en el territorio ha convertido a estos centros en referentes de la atención biomédica en el lugar, donde la labor de las agentes de salud ha sido especialmente relevante en la generación de vínculos de confianza entre la población y la institución pública. No obstante, la tímida expansión de la APS en los últimos años, a través de la priorización de la atención asistencial y focalizada en determinados programas globales de salud, ha circunscrito esta política pública a un alcance limitado que desvía su vocación universalista e integral original.

Si bien hemos podido observar que la implementación de esta política de salud en el territorio ha contribuido innegablemente a ofrecer una mayor cobertura y acercamiento a la población a través de las USF, siendo valorada por ésta positivamente, también hemos podido identificar que estos dispositivos por el momento son utilizados y concebidos principalmente como espacios asistenciales y no tanto de sociabilidad, participación, o generadores de autonomía como preveía inicialmente la estrategia.

Consideramos que es importante tomar en cuenta las voces de las experiencias aprendidas y dificultades atravesadas en las trayectorias de las USF, las cuales nos

señalan condicionantes en cuanto a limitantes por falta de recursos, infraestructura, equipamiento, personal y coordinación de redes. Al mismo tiempo, nos expresan la agencia colectiva desplegada recurrentemente por los equipos de salud para resolver problemas cotidianos. Estos condicionantes nos remiten a paralelismos en la dinámica histórica de la conformación de los sistemas públicos de salud de la región constreñidos en la tensión entre el desarrollo institucional de una política de salud en la adversidad y una cultura institucional pública de la supervivencia según los términos de Cueto y Palmer (2015)¹⁵⁸.

Desde este contexto sanitario, y con el fin de aproximarnos a una mayor comprensión acerca de cómo distintas familias han resuelto sus problemas de salud, esta investigación se ha desarrollado desde una mirada de la antropología de la salud urbana en diálogo interdisciplinar con el campo de la salud pública y colectiva, permitiendo configurar una propuesta de mosaico epidemiológico que ha posibilitado la exploración de una cartografía de los padecimientos y malestares sociales (Sánchez y Abadía, 2012; Roberts y Sanz, 2018). Específicamente, nos hemos centrado en la restitución de diferentes itinerarios de salud desplegados por familias de composiciones, condiciones socioeconómicas y habitacionales heterogéneas que comparten como territorio común el Bañado Sur.

Consideramos importante subrayar en este trabajo que la exploración y análisis mediante la herramienta teórico-metodológica de los itinerarios terapéuticos o carreras del enfermo nos ha posibilitado una comprensión cualitativa e históricamente situada de los determinantes culturales, sociales y ambientales en los que se envuelven distintos problemas y cuidados a la salud, así como dar cuenta de la búsqueda articulada de soluciones a diferentes malestares y padecimientos en un contexto de pluralismo médico coexistente a través de distintos tránsitos curativos (Alves, 2015).

La reconstrucción de trayectorias de salud nos ha mostrado cómo las familias recurren a múltiples formas de abordar sus infortunios de forma simultánea. Del mismo modo que nos ha advertido sobre aspectos desatendidos, que invocan a las condiciones de inserción de la población en sus territorios, relacionados con las condiciones de vida, las interacciones con las instituciones, las dinámicas y lógicas comunitarias o los avatares cotidianos que inciden en la toma de decisiones y prioridades de las

158 Según Cueto y Palmer (2015) la mayoría de las políticas estatales en salud de la región se han distinguido por su discontinuidad, fragmentación y búsqueda de utopías tecnológicas de resolución o “balas mágicas”, lo que ha dado lugar a la configuración de una asistencia limitada, paliativa y provisoria que definen como “cultura de la sobrevivencia”. Al mismo tiempo, los sistemas de salud en la región han desarrollado variadas propuestas y respuestas procurando un horizonte más amplio de transformación, como ha sido la decisiva implementación de la Atención Primaria en Salud, que los autores caracterizan como “salud en la adversidad”.

diferentes personas y familias (Abadía y Oviedo, 2009), con especial atención sobre las implicancias que tienen para las mujeres (Grimberg, 2009).

A su vez, nos ha guiado en conocer detenidamente cómo desde el ámbito familiar y las redes sociales se (re)interpreta constantemente el curso de la enfermedad, se toman decisiones en relación a distintos recursos y cómo se re-organizan los roles sociales en función de las distintas configuraciones familiares en los procesos de salud, enfermedad y atención (Good, 2003; Perdiguero, 2006).

Por otra parte, nos parece importante resaltar que la perspectiva etnográfica en salud en este trabajo nos ha conducido hacia el análisis de experiencias, sentidos, prácticas y relaciones teniendo en cuenta los imponderables de la vida cotidiana (Das, 2007). Al mismo tiempo, nos ha permitido distinguir y entender las diversas conceptualizaciones de la(s) enfermedad(es) y la salud, tanto de las experiencias significativas como de aquellas consideradas como parte habitual del flujo de la vida (Das, 2015). La etnografía nos ha orientado también en ser atentos al cotidiano como espacio donde se articulan las diferentes desigualdades y se encara la adversidad. Nos ha encaminado en la exploración del valor de los bienes intangibles que comporta la autonomía interdependiente de las redes de ayuda mutua y comunitaria en el sostén de la vida a través de múltiples tácticas en el seno del infortunio (Das, 2015). Así mismo, nos ha propiciado conocer también las condiciones sociopolíticas involucradas en un contexto dominado por la precariedad donde se aprecian cómo las desigualdades son incorporadas al cuerpo social (Fassin, 2006; Farmer, 2001; Singer y Erickson, 2011; Abadía *et al.*, 2013).

Llegado a este punto, nos gustaría realizar algunas reflexiones acerca de los nueve itinerarios descritos en este trabajo resaltando algunos elementos que nos han resultado significativos y que nos permiten seguir problematizando distintas dimensiones implicadas en los procesos de salud, enfermedad y atención desde territorios urbanos de relegación social.

En la historia de **Rosa**, nos ha parecido relevante dar cuenta de la violencia obstétrica que ésta ha sufrido en diferentes momentos de sus embarazos a través de distintas formas: bien desde un trato irrespetuoso, ofensivo y deshumanizado, bien a través de una práctica invasiva (con el uso de fórceps), bien por la negligencia médica en la asistencia al parto, o mediante la patologización de posibles riesgos que se trasladan en su experiencia prenatal corporizados como miedos. Este relato nos invita a reflexionar sobre la importancia del acompañamiento integral durante el embarazo, parto y puerperio y acerca del respeto al cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Igualmente, nos señala la importancia de la inclusión de políticas de aten-

ción a la salud mental comunitaria desde los servicios locales de primer nivel. Esta trayectoria nos lleva a pensar sobre la fragmentación del cuerpo en la experiencia de las mujeres, especialmente en procesos considerados como “naturales” en éstas, que a su vez son progresivamente biomedicalizados; nos aproxima a repensar la agencia de la mujer como protagonista de su salud más allá de su rol reproductivo (Browner y Sargent, 2011; Esteban *et al.*, 2010; Valls-Llobet, 2009; Sadler, 2013).

En la narración de **Lucía**, resaltamos las recurrentes internaciones por problemas respiratorios de su hijo menor en el primer año de vida, cuyo abordaje se centra especialmente en los síntomas y episodios críticos de dificultad respiratoria. Estas intervenciones, crecientemente biomedicalizadas, suelen abstraer y obturar cuestionamientos sobre las causas del medio y otros factores involucrados. Paradójicamente, estas afecciones respiratorias, que son las más prevalentes en el territorio, son identificadas por los profesionales de salud locales asociadas a múltiples exposiciones del ambiente (Singer, 2016). Por otra parte, su itinerario evidencia también la incorporación de un medicamento en el cotidiano de la vida desde muy temprana edad. A su vez, queremos destacar la preferencia de recurrir a servicios de carácter privado como consecuencia de la ausencia de pediatra en los centros de salud de primera atención en un territorio con una proporción notable de población infantil.

En **Laura** ponemos énfasis en la articulación fragmentada entre el sector privado y el sistema público de salud a través de los estudios diagnósticos no disponibles en los hospitales de referencia como fue en su caso con: la ecografía renal para su bebé o el perfil biofísico neonatal. Este hecho pone de relieve el sostén precario de los servicios públicos en su encaje paradójico con múltiples servicios privados de diferente índole: benéfico o social, asistencial religioso, clínico-comercial, etc. Ello apunta a señalar toda una serie de necesidades no cubiertas (al menos de forma permanente) por el sistema público de salud (García, Recoder y Margulies, 2017).

Tanto en el caso de Laura como en el de Lucía, destacamos la construcción de un imaginario de imposibilidad para alcanzar cita en centros públicos de atención especializada a la salud, configuración que pone en relación diferentes dimensiones del orden cotidiano de las mujeres en contexto de precariedad respecto a la accesibilidad a estos centros de salud y la movilidad urbana. Los relatos de Laura y Lucía nos hablan sobre la importancia de los tiempos destinados a los traslados que guardan relación con el cuidado a la salud. Nos remite a la noción del tiempo ligado a las distancias, especialmente para aquellos/as que se mueven a pie, que no disponen de medios y condiciones para recorrerlas (Gutiérrez, 2009).

Nos parece que es importante tener en cuenta en la planificación de la movilidad urbana las condiciones de acceso a servicios públicos de atención a la salud, tomando en consideración las necesidades de cuidado de los habitantes de la ciudad, especialmente a las mujeres, que son quienes en la mayoría de los casos están a cargo de cuidar personas dependientes: ya sea menores, ancianos/as o personas con discapacidad. Las mejoras en las condiciones del transporte colectivo y la ampliación de los horarios ayudarían a desmontar desigualdades e intensificar la conectividad territorial con el sistema público de salud adecuándose a las necesidades prácticas de la vida cotidiana, especialmente de los sectores más empobrecidos que no disponen de medios de transporte particular (Boh, 2014, 2016; Di Virgilio y Perelman, 2014).

De los episodios de salud relatados por **Juana** destacamos su preferencia por la consulta privada. Esta inclinación pone de relieve, por un lado, la situación de abandono del centro público de salud de su zona por la falta de doctor/a durante un tiempo prolongado y, por otro lado, la condición desigual que la población (a la que no da cobertura este establecimiento de salud) padece en relación a sus vecinos/as que sí disponen de servicios de salud de primera atención próximos a su residencia. La adscripción más favorable de Juana a la consulta, estudios diagnósticos y “combos” de medicamentos a través de servicios privados es justificada fundamentalmente por la inmediatez aparente de la resolución del problema de salud que le permite retomar rápidamente o mantener sus rutinas de trabajo. El itinerario de Juana en relación al recurso a la consulta privada o al servicio hospitalario de urgencias, habitualmente en horarios de tarde-noche, deja entrever las dificultades de conciliación horaria de responsabilidades del trabajo remunerado y doméstico con los cuidados a la salud en contextos laborales informales, carentes de protección social. Estos condicionantes cotidianos muchas veces exceden la cuestión del acceso a los servicios de salud disponibles e intervienen notablemente en la toma de decisiones en las familias. En este mismo sentido, nos parece interesante seguir pensando acerca de la adecuación de las lógicas y dinámicas programáticas de las instituciones públicas en salud en relación a las economías del tiempo y el cuidado de los hogares, donde especialmente las mujeres desarrollan un rol activo y nuclear en acciones orientadas a la atención y prevención de factores disruptivos de la salud de ellas mismas y de los diferentes miembros de la familia¹⁵⁹ (Esteban *et al.*, 2010; Osorio, 2001).

159 Siguiendo a Osorio (2001) estas mamás desplegarían “saberes maternos”, un tipo de saber popular producido por las madres sobre lo que éstas hacen y piensan para enfrentar las enfermedades de sus hijos/as, teniendo en cuenta la manera en que se desarrollan sus condiciones de vida y red social. Éstos conjugan sintéticamente conocimientos y prácticas provenientes de diferentes actores, espacios y saberes médicos hegemónicos y subalternos que sirven para actuar frente a la enfermedad. Los saberes maternos son heterogéneos, dinámicos y pragmáticos (de ensayo y error), y si bien pueden resultar efectivos, algunos también pueden ocasionar perjuicio.

Destacamos también, en el caso de Juana y de Lucía, cómo la provisión de muestras médicas es interpretada como trato preferente del doctor/a de la consulta privada hacia la persona. Esta práctica, altamente valorada por éstas, supone un componente añadido en la fórmula de la eficacia terapéutica. De igual modo, ambos relatos nos interrogan acerca de la incorporación de los medicamentos como tecnologías de salud y su difusión capilar en contextos precarios y sobre cómo éstos están ocupando un lugar central en la gestión diaria de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias. Cabe preguntarse también de qué manera la biomedicalización está incorporando transformaciones en/con otros modos curativos y en la forma misma de entender el derecho a la salud (Hirsch, 2016; Van der Geest, 2012).

En el caso de **Teresa**, se hacen presentes las violencias encadenadas en el curso de su trayectoria (Farmer, 2004; Bourgois, 2010; Auyero y Kolanski, 2015). Llama la atención la temprana edad a la que fallecieron sus padres y las consecuencias que arrastra este hecho en la biografía de los/as hijos/as, especialmente la muerte precoz de una madre. Destaca en su narración el recurso casi exclusivo a las instituciones de salud para situaciones críticas en la búsqueda de alivio de intenso dolor físico disipando toda deliberación sobre las causas o efectos que éste puede involucrar. También nos ha parecido destacable cómo Teresa traslada los episodios de quebranto, de dolor emocional corporizado, durante el embarazo de su hija menor con síndrome de Down, a la dolencia cardíaca congénita que ésta padece, en un escenario de múltiples violencias (Bourgois, 2010; Fassin, Le Marcis y Lethata, 2008). A su vez, sobresale en su itinerario cómo la práctica biomédica de someterse a una cirugía es una opción suspendida en su autocuidado a la salud pese a las repetidas advertencias de los/as doctores/as (Épele, 2013).

Del relato de **Elena** resaltamos la recurrencia de lesiones cutáneas infecciosas entre una población especialmente expuesta por las adversas condiciones laborales, habitacionales y socioambientales (Singer y Erickson, 2011). Así mismo, nos remite a pensar acerca de la problemática de la resistencia microbiana a los antibióticos en la comunidad y el uso desarticulado y múltiple en los fragmentados tratamientos. Subrayamos en su itinerario, la construcción social de un problema de salud que ella enuncia como “la alergia al medicamento” en base a la experiencia relacional de diferentes situaciones, sin la necesaria evidencia avalada de estudios diagnósticos biomédicos (Martínez, 2008). Por otra parte, destacamos su condición de madre soltera en la conciliación del trabajo remunerado y no remunerado doméstico y de cuidado dirigido a los diferentes miembros de la familia y a sí misma. Igualmente, nos ayuda a pensar por qué algunos/as pobladores/as no acuden a los servicios de consulta de las USF (como es el caso del papá de Elena), pero sí son incluidos en la dispensari-

zación de medicamentos gracias a su red social (Van der Geest *et al.*, 2010). Por otro lado, al igual que en Teresa, la historia de Elena también nos lleva a la reflexión de la mitigación del dolor físico como umbral fuerte en la concepción del estado de salud o curación de la persona.

En el caso de **Paula** destacamos principalmente cómo deriva la resolución de un problema de salud en una farmacia local ante la ausencia o mengua de doctores/as en los centros públicos de salud durante ciertas temporadas. Destaca cómo el servicio que prestan habitualmente los/as doctores a lo largo del año, especialmente en la época estival de verano, no es sustituido a menudo por otros/as profesionales durante los periodos de permiso vacacional, suponiendo éste un momento de frágil cobertura en la atención pública en salud. Paralelamente a este proceso, subrayamos el protagonismo que toman las farmacias locales como actores en la dispensarización de medicamentos, en la resolución de dificultades de salud de las familias, sin prescripción médica en ocasiones, en un contexto caracterizado por una amplia desregulación del mercado de fármacos (Petryna, Lakoff y Kleinman, 2006).

En el episodio de enfermedad que recoge el caso de **Leticia** fundamentalmente prestamos atención al recurso extendido de la automedicación¹⁶⁰. Este relato nos interroga acerca de qué manera la automedicación, por lo general asociada al uso particular o familiar inadecuado del fármaco¹⁶¹, nos manifiesta toda una serie de dimensiones en tensión implicadas que llevan al uso del medicamento, como son: la economía familiar, las formas de (auto)cuidado, las redes sociales, el acceso a medicamentos a través de la USF, la comercialización local de venta libre, incluyendo otras más invisibilizadas como son el impacto de los mercados globales y la industria nacional farmacéutica desregulada (Baxerres y Simon, 2013; Hirsch, 2016).

El relato de **Blanca** revela, por un lado, la importancia de afecciones diarreicas de gran prevalencia en el territorio, cuya modalidad de cuidado no se adscribe en primera instancia a la práctica biomédica sino más bien a la autoatención y la conveniencia del saber curativo de los/as médicos/as empíricos/as. Esta narración nos acerca también a la exploración de la autoatención como ámbito de autonomía de las familias en la búsqueda de soluciones a problemas de salud donde no están involucrados directamente agentes curativos institucionales o formales (Menéndez, 2003). La otra cara

160 Según datos de la EPH 2014, en Asunción, un 13,23% de las personas que se habían enfermado o accidentado en los últimos 90 días a la realización de la encuesta no había acudido a consulta. De éstos el 65,30% de la población se había automedicado.

161 Esta práctica generalmente suele asociarse a la emergencia de una “geografía de la culpa”. Para un cuestionamiento de los procesos de patologización y estigmatización de las poblaciones subalternas ver Farmer (2001).

de esta problemática es la presencia naturalizada de la malnutrición y la desnutrición como marcadores fuertes reveladores de múltiples desigualdades incorporadas que nos muestran las amplias contradicciones en la articulación entre condiciones de vida, prácticas sociales, dispositivos y tecnologías de salud, como es ilustrativo en las recurrentes intervenciones focalizadas de las campañas antiparasitarias de larga data (Scheper-Hughes y Sargent, 1998; Levy, 2015).

Por otro lado, en este caso nos parece importante rescatar cómo las lesiones de piel que afectan a toda la familia son asociadas a factores de exposición socioambiental como la falta de calidad de agua corriente, el deterioro ambiental y las consecuencias de una planificación urbana desregulada y desigual que hace desembocar los desechos de la ciudad en forma de raudal sobre los territorios y cuerpos empobrecidos en estas zonas de sacrificio (Auyero y Swistun, 2008; Singer, 2016).

En estos itinerarios explorados a lo largo de nuestra investigación, nos ha interesado especialmente intentar comprender lo que es considerado importante en la vida de las personas (Biehl y Petryna, 2013), siendo atentos a la forma particular de cómo, cuándo y por qué cada familia define y recurre a diferentes modos curativos de la práctica biomédica, la medicina popular o la autoatención (Menéndez, 2003; Haro, 2000).

Estos múltiples recorridos de las distintas familias nos han trasladado generalmente más allá de la clínica, particularmente hacia el espacio, muchas veces invisibilizado e inadvertido, de la *autoatención*¹⁶², entendiendo por ésta, siguiendo a Menéndez (2003), todas aquellas acciones emprendidas por la persona o grupo social para prevenir, tratar o controlar los propios padecimientos.

Desde un enfoque antropológico, nos ha interesado no tanto la eficacia del modo curativo sino más bien la forma de existencia y motivos de elección de una u otra opción en coyunturas particulares. En este sentido, hemos observado en nuestro estudio que si bien las familias optan por diferentes prácticas terapéuticas, éstas no son experimentadas habitualmente como opuestas o incompatibles sino que más bien se da un permanente uso simultáneo, paralelo y articulado de ellas. En esta misma línea, nos parece que sería interesante seguir indagando en cómo en el territorio la incursión de la actuación biomédica, a través de la atención primaria fundamentalmente, está impactando y transformando otras modalidades curativas.

162 “La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2018: 106).

En esta línea de trabajo, nos hemos centrado también en examinar las prácticas, conocimientos, vías de acceso, usos y significados de los remedios y medicamentos desde el enfoque de los estudios de la antropología del medicamento como tecnologías de salud (Van der Geest, 2012; Hirsch, 2016). Nos ha interesado explorar especialmente las nociones y modos de incorporación articulada de fármacos y yuyos¹⁶³ en su uso habitual, co-presentes en los hogares. Esta perspectiva nos ha ayudado a (re) conocer diferentes representaciones de ciertos medicamentos y remedios naturales ante diferentes dolencias, así como la eficacia terapéutica percibida de éstos por las familias. Particularmente, destacamos los usos cotidianos de remedios naturales y caseros, donde sobresale un vasto conocimiento práctico local de plantas medicinales utilizadas principalmente para el tratamiento de la fiebre, la diarrea, el decaimiento, molestias estomacales, resfriado o combatir parásitos, entre otros.

De igual modo, nos ha permitido conocer el alcance de la biomedicalización en un sector popular con provisión gratuita de ciertos medicamentos en convivencia con un amplio acceso a fármacos de venta libre escasamente regulada. En este contexto, hemos observado, por un lado, que esta situación favorece la inserción de ciertos medicamentos en los hogares, fundamentalmente de aquellos que inspiran una respuesta rápida a determinados malestares y síntomas (como es el dolor físico y la dificultad respiratoria principalmente), y que permiten, por tanto, una reincorporación inmediata a las obligaciones diarias. Por otra parte, hemos apreciado que la atención biomédica-asistencial en muchas ocasiones es entendida y/o confundida con la provisión indispensable de medicamentos como validación de la atención. Así mismo, hemos advertido una cierta medicalización de los malestares que contribuye a reforzar la tendencia hacia resolver los síntomas en detrimento de encontrar la solución a los procesos o etiología de los problemas (Baxerres y Simon, 2013).

Para terminar, queremos añadir que consideramos que los procesos de salud, enfermedad y atención merecen ser entendidos en mayor profundidad desde un enfoque de la determinación social-ambiental de la salud (Krieger, 2001; Breilh, 2010; Singer, 2016). En esta dirección, nos parece importante señalar las tensiones históricas y aspectos de carácter sociopolíticos que están imbricados en la falta del reconocimiento territorial de los Bañados como espacios urbanos habitables, hecho que repercute en las mejoras necesarias de las condiciones de vida de su población y su medio ambiente, e irradian condicionantes, oportunidades y devenires en el cuidado

163 Plantas medicinales.

a la salud en el territorio¹⁶⁴. El sentido otorgado a éste es indisociable del derecho a la salud y a la ciudad de su población (Carrión y Erazo, 2016).

Una de las principales consecuencias de vivir en un medio con falta de provisión de servicios básicos, condiciones materiales, económicas y ambientales precarias es que vulnera el derecho a la ciudad de sus habitantes, los cuales quedan a su vez más expuestos en un contexto degradado de amplia desprotección a la salud.

164 En la línea desarrollada por los estudios ambientales, multi-especies y de la ecología política urbana en la era del Antropoceno desde el ámbito de la antropología contemporánea (Tsing *et al.*, 2017; Escobar, 2010; Alimonda, Toro y Martín, 2017; Rademacher, 2015; Nading, 2013; Ulloa, 2017).

Bibliografía

- Abadía, C., Góngora, A., Melo, M. y Platarrueda, C. (ed.) (2013). *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES). Grupo de Antropología Médica Crítica. Ediciones Desde Abajo.
- Abadía, C. y Oviedo, D. (2009). "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care Systems". *Social Science & Medicine* 68 (6), pp. 1153-1160.
- Alianza Patriótica para el Cambio 2008-2013 (APPC) (2008). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay. Propuesta en Salud*. Asunción.
- Alimonda, H., Toro, C. y Martín, F. (coord.) (2017). *Ecología política latinoamericana: pensamiento crítico, diferencia latinoamericana y rearticulación epistémica*. Buenos Aires: CLAC-SO; México: Universidad Autónoma Metropolitana; Buenos Aires: Ciccus.
- Almeida Filho, N. (2007). "Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo", *Salud Colectiva*, vol. 3 (3), pp. 229-233.
- Alves, P. C. (2015). "Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença." *Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais*, vol. 42, pp. 21-43.
- Armus, D. (comp.) (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Aspalter, C. (ed.) (2017). *The Routledge international handbook to welfare state systems*. New York: Routledge.
- Auyero, J. y Kilanski, K. (2015). "Introduction" en Auyero, J., Bourgois, P. y Scheper-Hughes, N. *Violence at the Urban Margins*. Oxford University Press.
- Auyero, J. y Swistun, D. (2008). *Inflamable. Estudio del sufrimiento ambiental*. Buenos Aires: Paidós.
- Banco Mundial (2018). *Paraguay. Invertir en capital humano: una revisión del gasto público y la gestión en los sectores sociales*. World Bank.
- Barúa, A. (2011). *clinitaria, andando de a chiquito con la gente: acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Asunción: Cruz Roja Suiza.
- Baxerres C. y Simon E. (2013). "Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds", *Autrepart* 63 (1), pp. 3-29.
- Benítez, G. (2017). *Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados*. Asunción: Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP).
- Benítez, G. (2016). *Gasto social en Salud. Cartilla fiscal N° 18*. Asunción: CADEP.
- Biehl, J. y Petryna, A. (eds.) (2013). *When People Come First: Critical Studies in Global Health*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Boccia, A. y Boccia, A. (2011). *Historia de la medicina en el Paraguay*. Asunción: Servilibro.
- Boh, L. A. (2014). "Asunción, entre el río y la crisis de un modelo", *Revista Acción*. Asunción: CEPAG.
- Boh, L. A. (2016). "La autopista Ñu Guasu" *Revista Mandu'a*. Lambaré (Paraguay).
- Bourgois, P. (2010). "Recognizing Invisible Violence: A Thirty-Year Ethnographic Retrospective", en Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. y Farmer, P. (eds). *Global Health in Times of Violence*. Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.

- Breilh, J. (2010). "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano", *Salud colectiva*, vol. 5 (1), pp. 83-101.
- Browner, C.H. y Sargent, C.F. (eds.) (2011). *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*. Duke University Press.
- Cadogan, L. (1957). *Apuntes de medicina popular guaireña*. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos del Paraguay.
- Caldeira, T. (2016). "Peripheral Urbanization: Autoconstruction, Transversal Logics, and Politics in Cities of the Global South", *Environment and Planning D: Society and Space*, vol. 35 (1), pp. 3-20.
- Canese, M. (2015). "Línea de Investigación: Urbanización popular en el Área Metropolitana de Asunción: resistencia y perspectivas de cambio". *VIII Taller: Paraguay desde las Ciencias Sociales*. Formosa: Universidad Nacional de Formosa.
- Canese, R. y Canese, M. (2016). *La lucha por la tierra en Asunción. La conveniencia de la defensa costera para los bañados*. Asunción: CIPAE.
- Carman, M. (2011). *Las trampas de la naturaleza. Medio ambiente y segregación en Buenos Aires*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Carrión, F. y Erazo, J. (2016). *El derecho a la ciudad en América Latina: visiones desde la política*. México: UNAM-CLACSO.
- Carsten, J. (2004). *After kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Casalí, P., Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2017). *Paraguay: Protección social en salud. Reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Causarano, M. (2006). *Dinámicas metropolitanas en Asunción, Ciudad del Este y Encarnación*. Asunción: UNFPA.
- Comelles, J. M. (2000). "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual". *Trabajo social y salud*, vol. 35, pp. 151-172.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016) *Panorama Social de América Latina 2015*. Santiago: ONU.
- Coronel, B. (1994). *El movimiento barrial en Paraguay. Un nuevo actor social. Documento de trabajo N° 64*. Asunción: BASE Investigaciones Sociales.
- Cristaldo, J. C. y Silvero, L. (2010). "La Región Metropolitana de Asunción. La gestión de una urbanidad incompleta". *Arquitectos n.126*. São Paulo: Vitruvius.
- Cristaldo, J. C. (2017). *Proyectos que construyen el futuro del pasado: una discusión de cómo se relaciona Paragua' y con sus aguas y sus vacíos urbanos*. Edificio CIDi – Campus Universitario – San Lorenzo, Paraguay. CP: 2160.
- Cueto, M. y Palmer, S. (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Das, V. (2007). *Life and words: Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.
- Das, V. y Han, C. (eds.) (2016). *Living and Dying in the Contemporary World: A Compendium*. Oakland: University of California Press.

- Davis, D.A. y Craven, C. (2016). *Feminist Ethnography. Thinking through methodologies, challenges, and possibilities*. London: Rowman & Littlefield.
- Del Olmo, M. (2010). *Dilemas éticos de la antropología. Las entretelas del trabajo etnográfico*. Madrid: Trotta.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (1982). *Censo Nacional de Población y Viviendas 1982*. Asunción: DGEEC.
- DGEEC (1992). *Censo Nacional de Población y Viviendas 1992*. Asunción: DGEEC.
- DGEEC (2002). *Censo Nacional de Población y Viviendas 2002*. Asunción: DGEEC.
- DGEEC (2005). *Atlas de Necesidades Básicas Insatisfechas*. Asunción: DGEEC.
- DGEEC (2014). *Encuesta Permanente de Hogares 2014*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2015a). *Encuesta Permanente de Hogares 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2015b). *Proyección de la Población, Revisión 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2016). *Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Edad y Sexo 2000-2025. Revisión 2015*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018a). *Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018b). *Estratificación socioeconómica por segmentos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2012*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018c). *Asunción Proyección de la Población por Sexo y Edad 2018 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018d). *Asunción, Principales indicadores de vivienda 2012 (tríptico)*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- DGEEC (2018e). *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, MICS Paraguay 2016*. Fernando de la Mora (Paraguay): DGEEC.
- Di Virgilio, M. y Perelman, M. (2014). *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia*. Buenos Aires: CLACSO.
- Dmytraczenko, T. y Almeida, G. (ed.) (2015). *Hacia la Cobertura Universal de Salud y la Equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de Países Seleccionados*. World bank y OPS/OMS.
- Épele, M. (2013). "Introducción" en Épele, M. (comp.) *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Épele, M. (2017) "Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas", *Salud colectiva*, vol. 13 (3), pp. 359-373.
- Equipo Nacional de la Pastoral Social (ENPS) (1984). *Efectos sociales de las inundaciones en el Gran Asunción*. Asunción: Conferencia Episcopal Paraguaya.
- Equipo Arquidiocesano de Pastoral Social (EAPS) (1986). *Lucha y tierra urbana en Asunción. El Derecho de los Pobres a la tierra y a la Vivienda*. Asunción: Conferencia Episcopal Paraguaya.

- Escobar, A. (2010). *Territorios de la diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes*. Popayán (Colombia): Enviñ editores.
- Esteban, M. L. et al. (eds.) (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Facetti, J. F. (2002). *Estado Ambiental del Paraguay, Presente y Futuro; Proyecto Estrategia Nacional para la Protección de los Recursos Naturales (ENAPRENA)*. Asunción: SEAM-GTZ.
- Farmer, P. (2001). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2004). "An Anthropology of Structural Violence", *Current Anthropology*, vol. 45 (3), pp. 305-325.
- Fassin, D. (2000). "Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé", *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24 (1), pp. 95-116.
- Fassin, D. (2006). *Quand les corps se souviennent. Expérience et politiques du sida en Afrique du sud*. París: La Découverte.
- Fassin, D. (2009). "Another Politics of Life is Possible", *Theory, Culture & Society*, vol. 26 (5), pp. 44-60.
- Fassin, D., Le Marcis, F. y Lethata, T. (2008). "Life & times of Magda A: Telling a story of violence in South Africa". *Current Anthropology*, vol. 49 (2), pp. 225-235.
- Fleury, S. (2017). "The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue". *CADERNOS de Saúde Pública*, vol. 33, 2:e00058116, pp. 1-10.
- Flores, A. R. (coord.) (2015). *Paraguay: Una perspectiva. Las centralidades actuales y las posibles*. Bogotá: Instituto distrital del patrimonio Cultural.
- Gaete, R. (2017). *Financiamiento de la cobertura universal de salud en Paraguay*. Asunción: CIRD.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) y Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2018). "Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso indisoluble y derecho humano fundamental". *Saúde em Debate*, vol. 42 (1), pp. 434-451.
- Galeano Monti, J. (comp.) (2014). *Exclusión social y pobreza urbana: experiencias y análisis desde el Bañado Sur*. Asunción: Arandurá.
- Galeano Monti, J. (2017). *Territorios de exclusión social*. Asunción: Arandurá.
- Garavaglia, J. C. (1987). *Economía, sociedad y regiones*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Garay, G. (1997). "Proyecto Franja Costera", *Revista Acción* N° 173. Asunción: CEPAG.
- García, S. M. (1996). *Bases para un análisis del origen del Trabajo Social en Paraguay*. Asunción: BASE Investigaciones Sociales.
- García, S. M. (2015). "La Protección Social en Paraguay: Conexiones históricas para entender el presente". *REVICSO* vol. 2 (3). Asunción: ICSO.
- García, M. G., Recoder, M. L. y Margulies, S. (2017). "Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico". *Salud colectiva*, vol. 13 (3), pp. 391-409.
- Giménez, E. (2012). *Introducción al Sector Salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial*. Asunción: Instituto de Desarrollo.

- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M. y Tobar, S. (orgs.) (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- Giovanella, L. et al. (2015). “Panorama de la Atención Primaria de Salud en América Latina: concepciones, componentes y desafíos”, *Saúde debate*, vol. 39 (105), pp. 300-322.
- Giovanella, L. et al. (2018). “Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23 (6), pp. 1763-1776.
- Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?*. Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- González, D. (2003). *Folklore del Paraguay*. Asunción: Servilibro.
- González, H. (2013). “La producción científica sobre la familia en Chile: Miradas desde la antropología feminista”. *La ventana. Revista de estudios de género*, vol. 4 (38), pp. 88-119.
- Good, B. (2003). *Cómo construye la medicina sus objetos, en Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Gupta, A. y Ferguson, J. (2008). “Más allá de la “cultura”: espacio, identidad y las políticas de la diferencia”. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*, vol. 7, pp. 233-256.
- Gutiérrez, A. (2009). “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires”. *Encuentro de Geógrafos de América Latina*.
- Grimberg, M. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Haraway, D. J. (1995). “Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial” en Haraway, D. J. *Ciencia, ciborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Heisecke, V. (2011). *O agente Comunitario de Saúde da Equipe de Saúde da Família do Bañado Sur, Assunção – Paraguai*. Río de Janeiro: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.
- Hernández, M. (2003). “El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 29 (3), pp. 228-235.
- Hernández, M. (2008). “El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud”, *Salud Pública*, vol. 10, pp. 72-82.
- Hernández, M. (2012). “Reformas del sector salud en perspectiva comparada: Brasil, México y Colombia, 1980-2010”. *54 Congreso Internacional de Americanistas “Construyendo diálogos en las Américas”*. Universidad de Viena (Austria).
- Halpern, G. (comp.) (2016). *Migrantes: perspectivas (críticas) e torno a los procesos migratorios del Paraguay*. Asunción: Ape, Itaipú-Binacional, VMJ.
- Haro, A. (2000). “Cuidados profanos una dimensión ambigua en la atención de la salud” en Perdiguer, E. Comelles, J. M. *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Heredia, N. et al. (2015). “The right to health: what model for Latin America?”, *Lancet*, vol. 385, e34–e37.
- Hirsch, S. (2016). “Moa, inyecciones y pastillas. Prácticas y significados en torno a los medicamentos en comunidades guaraníes del norte argentino” en Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (eds.)

- Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad.* CABA: UNAM EDITA.
- Imás, V. (1993). *La problemática de los asentamientos espontáneos de las zonas inundables de Asunción. Una propuesta de solución.* Asunción: BASE ECTA.
- Imás, V. (1995). *Ante la pobreza la organización. La emergencia del movimiento barrial en el marco de la transición política en el Paraguay.* Asunción: BASE ECTA – CIPAE.
- Krieger, N. (2001). “Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 30 (4), pp. 668-677.
- Laterza, G. (2017). *Asunción y su comarca. Historia General y doméstica.* Asunción: Fondec.
- Laurell, A. C. (2016). “Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 24, e2668, pp. 1-7.
- Lautier, B. (2006). “Condiciones políticas para la universalización de la protección social”, en Le Bonniec, Y. y Rodríguez, O. (eds.) *Crecimiento, equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social.* Bogotá: CID-Universidad Nacional.
- Lautier, B. (2012). “La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine”, *Revue de la régulation*, vol. 11.
- Levy, P. (2015). “Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición”. *Horizontes Sociológicos*, vol. 3 (6), pp. 54-72.
- Leyva Solano, X. et al. (2015). *Prácticas otras de conocimiento(s). Entre crisis, entre guerras.* México: Cooperativa Editorial RETOS, PDTG, IWGIA, GALFISA, Proyecto Alice, Taller Editorial La Casa del Mago, 3 tomos.
- Lock, M. y Nguyen, V.K. (2010). *An anthropology of biomedicine.* Chichester. Wiley-Blackwell.
- López, F. (1997). “Del bajo del río debajo del puente” *Revista Acción* N° 173. Asunción: CEPAG.
- López, F. (1998). *Ñamopu ‘â Oñondivepa Ñane Rekoha.* Asunción: Fundación Solidaridad. Litocolor SRL.
- Marcus, G. (2001). “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”, *Alteridades*, vol. 11 (22), pp. 111-127.
- Mancuello, J. y Cabral, M. (2011). “Sistema de Salud de Paraguay”, *Revista de Salud Pública Paraguaya*, vol. 1 (1), pp. 13-25.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona. Anthropos.
- Menéndez, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 8 (1), pp.185-207.
- Menéndez, E. (2005). “Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos.” *Revista de Antropología Social* vol. 14, pp.33-69.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2018). “Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos”. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 58, pp. 104-113.
- Meyer, L. M. (2013). “La participación de los pobladores del Bañado Sur en la exigencia de cobertura y calidad de servicios públicos de salud” en: Tavares Riveiro, L. (comp.) *Pobreza, Desigualdad y Salud en América Latina.* Buenos Aires: CLACSO.

- Monroy, G. et al. (2011a). *El proceso de establecimiento del Modelo de Atención Primaria en Salud en Paraguay*. Asunción: Decidamos.
- Monroy, G. et al. (2011b). *Informe final de evaluación Programa Unidades de Salud de la Familia. Periodo de evaluación noviembre 2008-diciembre 2010*. Asunción: Ministerio de Hacienda. Dirección General de Presupuesto. Departamento de control de ejecución evaluación presupuestaria.
- Monroy, G. (2014). "Políticas Sociales en la transición democrática 1989-2014. Un balance de 25 años". *Paraguay Debate 1. Revista digital de políticas públicas*. Asunción: Plataforma Paraguay Debate. pp. 32-36.
- Monte Domecq, R. et al. (2003). "Paraguay" en Tucci, C. y Bertoni, J. C. (coord.) *Inundações urbanas na América do Sul*. Porto Alegre: Associação Brasileira de Recursos Hídricos.
- Monte Domecq, R., Báez, J. y Ávila, J. (2016) "Las inundaciones en el Paraguay", *Revista de la Facultad de Ciencias y Tecnología*, vol. 7. Asunción: Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. pp. 22-40.
- Moreno Azorero, R. et al. (1986). *Documento de Trabajo N° 5. Taller "Salud Popular"* Asunción: BASEIS.
- Morínigo, J. N. (1991). *Pobreza urbana y vivienda*. Asunción: CIPAE.
- Morínigo, J. N. y Boh, L. A. (comp.) (1984). *Ciudad y vivienda en el Paraguay*. Asunción: SAEP.
- Morínigo, J. N. y Boh, L. A. (1989). *Estado y vivienda, del populismo coyuntural al capitalismo prebendario*. Asunción: RP Ediciones.
- MSPyBS (2013). *Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2013*. Asunción: MSPyBS.
- Municipalidad de Asunción (1993). *Boletín estadístico municipal*. Asunción: Dirección de Planificación. Dirección General de Gabinete. Municipalidad de Asunción.
- Nading, A. M. (2013). "Human, animals, and health: from ecology to entanglement", *Environment and Society*, vol. 4 (11) pp. 60-78.
- Nauleau, M., Destremau, B. y Lautier, B. (2013). "En chemin vers la couverture sanitaire universelle". Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé", *Revue Tiers Monde*, vol. 215 (3), pp. 129-148.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud*. Alma-Ata (URSS).
- OPS/OMS (2002). *Paraguay y los 100 años de la OPS/OMS: reseña histórica del impacto de su cooperación en la salud del pueblo paraguayo*. Paraguay: Imprenta Etigraf.
- OMS (2009). *Estadísticas de salud mundiales*. Ginebra: OMS
- OPS/OMS (2016). *Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas*. OPS/OMS
- OPS (2017). *Salud en las Américas*. OPS/OMS. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=paraguay&lang=es
- Ortiz, L. (comp.) (2016). *Desigualdad y clases sociales. Estudios sobre la estructura social paraguaya*. Buenos Aires: CLACSO. Asunción: CEADUC. ICSO.
- Osorio, R. M (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudio Superiores en Antropología Social.

- Perdiguero, E. (2006). “Una reflexión sobre el pluralismo médico” en Fernández, G. (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Perdiguero, E. (2009). “Sobre el pluralismo asistencial” en Comelles, J. M., Martorell, M. A y Bernal, M. (eds.) *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria.
- Pereira, H. (2018). “Urbanismo excluyente versus resistencia en el espacio popular construido en Asunción”, *Quid16. Revista del Área de Estudios Urbanos*, pp. 91-120.
- Perrotta, M. y Navarro, E. (2017). *Un Nuevo Paradigma para Entender y Gestionar la Salud en Paraguay Memoria de la Implementación de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. Asunción: Alames Py.
- Perrotta, M. y Navarro, E. (2003). *Un camino hacia la Libertad. Salud Comunitaria*. Asunción: Alames Py-GTZ.
- Perasso, J. A. (1987). *Los pobres del basural*. Asunción: El Lector.
- Petryna, A., Lakoff, A. y Kleinman, A. (eds.) (2006). *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- Portes, A. y DeWind, J. (coords.) (2006). *Repensando las migraciones. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. México: Instituto Nacional de Migración. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Rademacher, A. (2015). “Urban Political Ecology”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 44, pp. 137-152.
- Ramírez de Rojas, M. E. (2017). *Historia de la enfermería en Paraguay*. Fascículo 13. Asunción: Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Documentación Histórica MSPyBS.
- Ramírez de Rojas, M. E. (2016). *Reseña Histórica de la Salud Pública Paraguaya*. Asunción: Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Documentación Histórica MSPyBS.
- Ramírez de Rojas, M. E. (2014). *Hospitales de Paraguay a través de la historia*. Asunción: Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Documentación Histórica MSPyBS.
- Ramírez de Rojas, M. E. (2013). *El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Su historia*. Asunción: Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Documentación Histórica MSPyBS.
- Ribeiro, G. L. y Escobar, A. (eds.) (2009). *Antropologías del mundo. Transformaciones disciplinarias dentro de sistemas de poder*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Universidad Iberoamericana. Envión.
- Ríos, G. (2014). *Mapeo de la APS en Paraguay. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur*. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud-UNASUR.
- Rivarola, M. (2018). “Políticas fiscales y desigualdad en Paraguay” en Rivarola, M. et al. *Fiscalidad para la Equidad Social*. Asunción: Decidamos y CADEP.

- Rivarola, M. (1993). *Obreros, utopías & revoluciones: formación de las clases trabajadoras en el Paraguay liberal, 1870-1931*. Asunción: Servilibro.
- Rivelli, E., Báez, J. y Monte Domecq, R. (2014) “Identificación de puntos críticos a inundaciones urbanas en la ciudad de Asunción” *Revista de la Facultad de Ciencias y Tecnologías*, vol. 1. Asunción: UCA, pp. 46-53.
- Riveros, N. E. (1994). “Historia del Hospital de Clínicas”. *Hospital de Clínicas Centenario 1894-1994*. Asunción: EDACIM.
- Robben, A. y Jeffrey A. (eds.) (2007). *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*. Malden (MA): Blackwell.
- Roberts E.F.S. y Sanz, C. (2018). “Bioethnography: A How-To Guide for the Twenty-First Century” en Meloni, M. et al. (eds.) *The Palgrave Handbook of Biology and Society*. UK: Palgrave Macmillan.
- Rodríguez, S. (2009). *Antropología cultural: aplicada a las ciencias de la salud*. Asunción: CEADUC.
- Rodríguez-Riveros, M. I. et al. (2012). “Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur”, *Saúde em Debate* vol. 36 n. 94, pp. 449-460.
- Rodríguez, J. C. y Villalba, R. (2016). *Gasto y gestión de la salud pública. Situación y escenario materno infantil. Proyecto Paraguay a Debate*. Asunción: Investigación para el Desarrollo.
- Romaní, O. (coord.) (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV (Universitat Rovira i Virgili).
- Roy, A. (2011). “Slumdog Cities: Rethinking Subaltern Urbanism”, *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 35 (2), pp. 223-238.
- Sadler, M. (2013). “Una aproximación a la antropología de la reproducción” en Mackenna, A. (ed.) *Reproducción Humana e Infertilidad*. Santiago: Publicaciones Mediterráneo.
- Saillant, F. y Genest, S. (2005). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, defies globaux*. Quebec: Les Presses de l'Université Laval.
- Samudio, C. R. (2014). “Atención Primaria de la Salud con Enfoque Territorial: La Experiencia en el Bañado Sur” en Galeno Monti (comp.) *Exclusión social y pobreza urbana: experiencias y análisis desde el Bañado Sur*. Asunción: Arandurà.
- Sánchez, G. y Abadía, C. (2012). “Epidemiología y antropología: una propuesta frente a problemas complejos en salud pública”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 60 (3), pp. 247-251.
- Scheper-Hughes, N. y Sargent, C. (eds.) (1998). *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley: University of California Press.
- Serafini, V. (2017). *Lineamientos para la construcción política de la política de protección social. Nota política*. Asunción: CADEP.
- Serafini, V. (2016). *Paraguay. Inversión en Protección Social no Contributiva. Avances y desafíos una década después*. Asunción: CADEP.
- Silvero, M. (2014). *Sociedad, Cuerpo y Civilización*. Asunción: Universidad Nacional de Asunción (UNA).
- Singer, M. (ed.) (2016). *A Companion to the Anthropology of Environmental Health*. UK: John Wiley & Sons, Inc.

- Singer, M. y Erickson, P. (eds.) (2011). *A Companion to Medical Anthropology*. Wiley-Blackwell.
- Secretaría Técnica de Planificación y TECHO Paraguay (2016). *Relevamiento de Asentamientos Precarios (RAP) Área Metropolitana de Asunción*. Asunción: TECHO Paraguay.
- Soto, C. et al. (2012). *La migración femenina paraguaya en las cadenas globales de cuidados en Argentina. Transferencias de cuidados y desigualdades de género*. Asunción: ONU Mujeres.
- Suárez, F. M. y Rabey, M. A. (1997). “El río y la ciudad: Asentamientos marginales ribereños en Asunción del Paraguay”, *Revista Paraguaya de Sociología*. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos (CPES). pp. 133-146.
- Tarducci, M. (2013). “Adopción y parentesco desde la antropología feminista”. *La ventana. Revista de estudios de género*, vol. 4 (37), pp. 106-145.
- Telesca, I. et al. (2011). *Historia del Paraguay*. Asunción: Taurus.
- Torres, D. (2003). *Folklore del Paraguay*. Asunción: Servilibro.
- Tsing, A. et al., (2017). *Arts of Living on a Damaged Planet. Ghosts and Monsters of the Anthropocene*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Ulloa, A. (2017). “Dinámicas ambientales y extractivas en el siglo XXI: ¿es la época del Antropoceno o del Capitaloceno en Latinoamérica?”, *Desacatos*, vol. 54, pp. 58-73.
- Valdés, T. y Gomáriz, E. (1993). (coord.) *Mujeres Latinoamericanas en cifras – Paraguay*. Madrid y Santiago: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales España y FLACSO Chile.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Van der Geest, S. et al. (2010). “La chaîne des médicaments en tant que phénomène multi-niveau: le cas des médicaments antirétroviraux” en Garnier, C. y Saives, A. L. *Turbulences dans la chaîne des médicaments*. Montreal: Les éditions Liber,
- Van der Geest, S. (2012). “Intérêt de la perspective multi-niveaux en anthropologie du médicament” *Ethnopharmacologia*, vol. 48, pp. 7-13.
- Vázquez, F. (2006). *Territorio y población: nuevas dinámicas regionales en el Paraguay*. Asunción: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Vázquez, F. y Goetz, K. (2014). “La intensificación de la urbanización en el Paraguay profundo: el despertar de las ciudades del interior”, *Revista de Investigación en Ciencias Sociales (REVICSO) vol. 1 (1)*. Asunción: ICSO.
- Wajcman, J. et al. (eds.) (2007). *The Handbook of Science and Technology Studies*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Weisskoff, R. (1993). “Expansión económica y crisis de salud en el Paraguay”, *Boletín oficial Sanitario Panamericano*, vol. 114 (6), pp. 520-535.
- Yanagisako, S. y Collier, J. (1994). “Gender and Kinship Reconsidered: Toward a Unified Analysis” en Robert Borofsky (ed.) *Assessing Cultural Anthropology*. Hawaii Pacific University: Mc Graw-Hill, Inc.
- Yi, I. (ed.) (2017). *Towards Universal Health Care in Emerging Economies: Opportunities and Challenges*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Zavattiero, C. (2018). “Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia–USF” en Rivarola, M. et al. *Fiscalidad para la Equidad Social*. Asunción: Decidamos y CADEP.

**El nivel invisible de
la atención a la salud:
Los cuidados en el hogar**

Patricio Dobrée

2

1 | Introducción

Es bastante frecuente que las discusiones en torno a los modos como las personas procuran conservar su salud tomen como marco de referencia el conjunto de instituciones, recursos y saberes que configuran el sistema médico-sanitario. Sin embargo, este abordaje suele soslayar o directamente invisibilizar otro tipo de prácticas que son fundamentales para lograr el bienestar integral de las personas. Los cuidados que se prestan en los hogares o en otros espacios sociales forman parte de esas acciones indispensables para que las personas logren desarrollarse en términos físicos, psíquicos y sociales y se mantengan activas y sanas todos los días. Esta clase de trabajo, por lo general gratuito y socialmente poco valorado, comprende actividades que van desde la alimentación de un recién nacido hasta proporcionar una medicina a una persona enferma o acompañar a un familiar a una consulta médica. Sin alguien que realice dichas tareas de modo diario, resultaría muy difícil, cuando no imposible, la continuidad de la vida humana en lo cotidiano.

Por otro lado, el cuidado también puede ser entendido como un eje donde se intersectan y potencian múltiples dimensiones de la desigualdad. En primer lugar, la desigualdad de género. Las pautas culturales que ordenan la división sexual del trabajo confieren a las mujeres la mayor carga de trabajo de cuidado mientras que dispensan a los hombres de esta responsabilidad. En segundo lugar, la desigualdad económica. Las familias con paupérrimos ingresos recurren al cuidado como parte de las tantas estrategias que emplean para acceder por lo menos al mínimo bienestar que necesitan para sobrevivir día a día. No obstante, estas mismas familias son las que cuentan con menos apoyo para cuidar, ya sea a través servicios públicos o por la vía del mercado. En tercer lugar, la desigualdad intergeneracional. Principalmente en los sectores más pobres, la responsabilidad del cuidado suele transferirse a personas que deberían recibir cuidados, como en el caso de las niñas que se ocupan de sus hermanos menores o mujeres muy ancianas que continúan cuidando a sus nietos o a sus parejas.

Partiendo de estas consideraciones, los objetivos de este capítulo son describir y analizar algunas de las actividades de cuidado mediante las cuales un grupo de mujeres que viven en un territorio urbano marcado por la pobreza intenta asegurar la salud de sus familiares y, posteriormente, establecer algunas relaciones con la producción y persistencia de las desigualdades. La metodología utilizada para producir los datos sobre los que se sustenta el capítulo es cualitativa y tiene un enfoque etnográfico. Las crónicas y las observaciones sobre las que se organiza la matriz del análisis fueron extraídas a partir de una revisita a las entrevistas que mantuve con distintas mujeres y

las notas que tomé durante el trabajo de campo de una investigación que realicé entre 2016 y 2017 en el Bañado Sur de Asunción¹.

El texto se estructura en cuatro secciones. La primera de ellas contiene una exposición de orden conceptual donde se define el cuidado y se establecen conexiones con la atención a la salud. La segunda sección presenta una somera descripción de mis informantes y del territorio donde viven. En la tercera sección, desarrollo un análisis descriptivo de los trabajos de cuidado que realizan las mujeres bañadenses con el propósito de asegurar condiciones básicas para la reproducción cotidiana de sus familias. Finalmente, en la cuarta y última sección, presento una reflexión sobre los vínculos entre los cuidados, la pobreza y la desigualdad desde un enfoque que pretende colocar en diálogo el análisis empírico previo con algunas discusiones conceptuales sobre el cuidado.

2 | Cuidados y salud

El cuidado o los trabajos de cuidados pueden ser entendidos como uno de los elementos clave de la reproducción social, vale decir, del conjunto de procesos que hacen que un grupo humano logre perdurar en el tiempo. La noción del cuidado engloba aquellas actividades y prácticas necesarias para la supervivencia y el bienestar de las personas en lo cotidiano (Batthyány, 2009; Rodríguez Enríquez, 2015). Las manifestaciones concretas del cuidado son de diferente tipo e incluyen el autocuidado, el cuidado directo o cara a cara de otras personas (dar de comer, cambiar un pañal), la producción de las precondiciones que se requieren para cuidar o cuidado indirecto (preparación de alimentos, lavado de ropa, limpieza de la casa) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, supervisión de tareas de personas que trabajan en el hogar a cambio de una remuneración). El fin de este trabajo consiste en crear condiciones para que las personas puedan acceder a los niveles básicos de bienestar físico, psíquico y emocional que necesitan para subsistir y ser capaces de desenvolverse en el mundo.

El cuidado tiene características que lo diferencian de otros trabajos. Comprende una dimensión material asociada al costo económico que supone cuidar así como

1 Esta investigación sirvió de base para la redacción de una memoria para aplicar a un título de maestría en antropología social otorgado por la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Una versión adaptada y más corta de la misma investigación también fue presentada en el marco de la decimoséptima edición del Premio Branislava Susnik (2018), obteniendo el primer lugar. La realización de este trabajo coincidió con el desarrollo de la investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción”, lo cual permitió habilitar espacios de diálogo entre ambos procesos.

también una dimensión psicológica relacionada con los vínculos afectivos y emotivos que se establecen entre las personas involucradas (Batthyány, *op. cit.*). En este último sentido, el cuidado es una actividad relacional, que supone un interés por el otro tanto como un mandato obligatorio derivado de normas sociales muy poderosas (Badgett y Folbre, 1999). Es así que cuidar puede representar una tarea gratificante y a la vez una carga de trabajo repetitivo, cansador y muy estresante. Por otra parte, el trabajo de cuidado puede realizarse en distintos espacios y en diferentes condiciones. Lo más frecuente es que esta clase de apoyo se brinde en el hogar de modo gratuito, aunque también se prestan cuidados en el mercado a cambio de una remuneración o como un servicio público.

Uno de los rasgos distintivos del trabajo de cuidado es que su principal responsabilidad se atribuye socialmente a las mujeres. Considerando este hecho, el análisis del cuidado ha ocupado un lugar central en la literatura feminista de las últimas dos décadas. Una de las principales razones de este interés se debe a que, al ser atribuido principalmente a las mujeres, este trabajo invisible y poco valorado muchas veces acaba limitando sus oportunidades para desempeñar otra clase de funciones más allá de las que se circunscriben a la esfera doméstica o el ámbito privado. La asociación entre el mundo femenino y los cuidados opera así como uno de los principales vectores de la desigualdad de género. Además de eso, en la actualidad son cada vez más evidentes las tensiones inherentes a los arreglos tradicionales para gestionar el cuidado. El envejecimiento de la población, el incremento de la participación de las mujeres en el mercado laboral y las transformaciones en la composición de los hogares, entre otros procesos contemporáneos, ponen a la luz la insostenibilidad de un modelo de reproducción social que reposa fundamentalmente sobre el trabajo gratuito de las mujeres. Es por eso que la discusión sobre el cuidado también se intersecta con debates más amplios dentro del campo de la demografía, la economía y las políticas públicas.

La conexión entre el bienestar de las personas, el cuidado y los mandatos de género ciertamente puede extenderse al campo de la salud. Para muchas mujeres, ejercer el rol de cuidadoras que la sociedad les asigna supone ocuparse adicionalmente de los procesos atención a la enfermedad. El espacio doméstico familiar constituye uno de los ámbitos donde las personas encuentran una respuesta a sus problemas de salud, lo cual lo convierte en un nivel de atención equiparado al nivel de los especialistas y del sistema institucional. Esto es lo que Menéndez (1990) denomina 'autoatención', que es un tipo de práctica mediante la cual una persona o un grupo humano busca solucionar por cuenta propia sus problemas de salud de modo provisional o definitivo. Dentro de este contexto, recibir asistencia por parte de las mujeres del grupo familiar opera como una de las primeras etapas, y a veces también prácticamente la única,

del itinerario que sigue una persona aquejada por una enfermedad. Así, en contextos marcados por la pobreza y la exclusión, es habitual que las numerosas insuficiencias del sistema institucional sean subsidiadas por medio del trabajo gratuito que realizan las mujeres.

De acuerdo con Baththyány, Genta y Perrotta (2015), se pueden reconocer cuatro grandes tipos de cuidados no remunerados en salud: específicos (administrar tratamientos, realizar curaciones, poner inyecciones); de apoyo (preparar alimentos o realizar tareas de higiene destinados a personas enfermas); de acompañamiento (para consultas médicas, traslados, entretenimiento); y gestiones con el sistema sanitario (solicitud de consultas, retiro de análisis).

La participación de las mujeres en el campo de los cuidados de la salud tiene características particulares. Algunos estudios realizados en territorios donde viven familias con bajos ingresos en América Latina muestran claramente el papel fundamental que cumplen las mujeres en el mantenimiento de la salud de la población (Esteban, 2004). Muchas veces, además de prestar cuidados y recibir indicaciones médicas, ellas mismas son las curadoras, para lo cual echan mano a sus saberes, realizan diagnósticos y toman decisiones, utilizan medicamentos naturales o farmacológicos y combinan distintos tipos de tratamientos, entre otras prácticas. Con ello se convierten no solo en un actor más inmediato y accesible, sino también logran mayor grado de eficacia y eficiencia en términos de costos y resultados para el grupo doméstico (Esteban, *op. cit.*).

De igual manera, el trabajo de cuidados en los niveles de atención de la salud más institucionalizados es una responsabilidad fundamentalmente femenina. Las entidades de salud reservan para las mujeres aquellas funciones que demandan un relacionamiento más próximo con las personas que acuden a ellas. Este tipo de tareas asistenciales, como las que cumplen las enfermeras, se inscriben dentro del imaginario como una extensión de su rol reproductivo.

Ahora bien, cualquiera sea el nivel de atención de la salud donde se presten los cuidados, dicho trabajo por lo general es menospreciado. La autoatención que prestan las mujeres en los hogares comúnmente es descalificada por el sector biomédico por considerarla una práctica peligrosa basada en un saber no experto que puede poner en riesgo la salud de la persona y retrasar una atención adecuada (Menéndez, 2005). Del otro lado, en el sistema formal de salud, los trabajos de cuidados que se prestan a cambio de una remuneración también son subestimados. Además de estar feminizadas, estas labores sufren una penalización en términos salariales y de condiciones laborales.

Pese a todo, aun cuando existan algunos patrones más o menos constantes, la práctica del cuidado exige un análisis focalizado en situaciones concretas para reconocer algunas de sus configuraciones particulares. Como indica Esteban (2017), las tareas de atención física y emocional a las personas corresponden a una organización social y económica histórica específica, y es relevante centrarse en este campo para evitar la apropiación acrítica de categorías generales que pueden llegar a distorsionar la realidad. Tomando en cuenta este señalamiento, en los apartados que siguen expondré brevemente aspectos específicos de las prácticas de cuidados que desarrollan algunas mujeres en el Bañado Sur de Asunción, que es un espacio social donde la pobreza y la exclusión son variables que indican de modo determinante en las vidas de muchas de las personas que lo habitan.

3 | El territorio y las mujeres

Cuidar en el Bañado Sur supone un esfuerzo por proveer ese bienestar básico que necesitan las personas en lo cotidiano en un contexto donde abundan factores que desgastan y deterioran las oportunidades para vivir bien. Este territorio ubicado en uno de los márgenes del Municipio de Asunción, en una zona colindante con el río Paraguay, forma parte de la masa de territorios urbanos hiperdegradados que, como señala Davis (2004), crecen y se expanden vertiginosamente en distintas regiones del planeta. La ardua tarea que implica reproducir condiciones de vida adecuadas para las personas en este lugar se combina con la necesidad de lidiar con el hacinamiento, la precariedad de las viviendas, el acceso insuficiente a servicios básicos como el agua potable o el drenaje sanitario y la constante inseguridad respecto al derecho a habitar el espacio ocupado.

En términos de la administración municipal, el Bañado Sur abarca cuatro barrios denominados Tacumbú, Santa Ana, San Cayetano y Jukuty, aunque sus pobladores suelen reconocer diversas zonas de una manera distinta tomando como referencia el nombre de alguna iglesia o parroquia, la designación utilizada por antiguos pobladores o la alusión a alguna calle o actividad puntual que se realiza o realizaba en el lugar. La superficie sobre la que se extiende es de aproximadamente 6,5 km², incluyendo tierras inundables que cíclicamente son cubiertas por las aguas del río durante sus crecidas². Cuando el nivel del agua alcanza niveles críticos y sobrepasa las cotas de

2 En los últimos 40 años, se registraron por lo menos 6 crecidas críticas del río Paraguay en los años 1982/1983, 1992, 1997/1998, 2004, 2014 y 2015/2016. Datos más completos sobre este fenómeno y su impacto en las poblaciones pueden encontrarse en Imas (1993) y Monte Domeq *et al.* (2003).

seguridad, numerosas familias se ven forzadas a abandonar sus viviendas para instalarse en campamentos o refugios improvisados en plazas, paseos de avenidas, veredas, canchas de fútbol o terrenos privados ubicados en las zonas más altas de la ciudad. De hecho, durante el período que realicé el trabajo de campo, ocurrió una importante crecida del río, lo cual me condujo a vincularme con la mayoría de mis informantes en el contexto de estos campamentos. En estas circunstancias, pude observar cómo la provisión de cuidados se convertía en una tarea bastante más ardua debido a las múltiples transformaciones que experimenta el orden de la vida cotidiana.

Las primeras familias que se asentaron en la zona del bañado llegaron en la década de los cuarenta del siglo pasado, pero el crecimiento masivo de la población se produjo en los años setenta y ochenta. Durante este período, se instalaron numerosas personas provenientes de zonas rurales y de áreas urbanas más cercanas como resultado de una combinación de procesos socio-demográficos vinculados con el desgaste y la fragmentación de las tierras cultivables, la presión de la agricultura mecanizada, la especulación inmobiliaria en Asunción y las ciudades del área metropolitana circundante y el consecuente encarecimiento de los servicios (Morínigo y Barrios, 1984; Morínigo, 1998; Imas, 1993). En la actualidad, unas 40.000 personas habitan en Bañado Sur, quienes representan aproximadamente el 7,4% de la población total de la capital del país³. La proporción de personas menores de 15 años que viven en este territorio (33%) es mayor en comparación al conjunto de Asunción (22,6%). Esta diferencia es significativa porque da cuenta de una demanda potencial de cuidados más elevada que en el resto de la ciudad. Un espacio social con mayor concentración de niños y niñas, en este sentido, requiere más centros de atención infantil y establecimientos de salud con servicios para la primera infancia.

Con el paso del tiempo, el Bañado Sur se ha convertido en territorio segregado del resto de la ciudad, donde se concentra la pobreza que produce un modelo productivo excluyente que distribuye de manera muy desigual las oportunidades y los recursos socialmente producidos. En este espacio, se aglomeran personas que podrían ser caracterizadas como un excedente del modelo productivo dominante, quienes por lo general solo acceden al mercado laboral de una manera discontinua, insegura y precaria. Entre quienes trabajan a cambio de una remuneración, la mayoría se dedica al reciclado de la basura que se deposita en el vertedero municipal ubicado en el barrio San Cayetano, la venta ambulante, el comercio al por menor, la realización de diversos tipos de changas o el trabajo doméstico, en el caso de las mujeres. Sin embargo,

3 Los datos desagregados por barrios de la ciudad de Asunción fueron tomados de procesamientos del Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 proporcionados por personal de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC).

la estrechez e inestabilidad de los ingresos presiona a las familias a desplegar otras estrategias de subsistencia para lograr reproducirse como grupo social. Entre ellas se incluyen prácticas fundamentales para el sostenimiento de los hogares como el trabajo familiar gratuito, la participación en economías de intercambio o una declinante producción para el autoconsumo, así como la obtención de distintos tipos de recursos a través de sistemas de clientelismo político o de asistencialismo.

Las mujeres que actuaron como mis principales informantes en el contexto de la investigación forman parte de este espacio social. En el momento que realicé el trabajo de campo sus edades oscilaban entre los 19 y 68 años. Ninguna de ellas nació en el Bañado Sur. Las de mayor edad llegaron a este lugar desde departamentos alejados como Caazapá, San Pedro, Concepción e Itapúa, mientras que las más jóvenes migraron desde algunas de las ciudades que integran el cordón metropolitano que rodea a Asunción.

El conjunto de ellas, 12 en total, tenía bajo su responsabilidad el cuidado de algún familiar. La mayoría eran madres con hijos e hijas de diferentes edades, aunque también interactué con abuelas que cuidaban a sus nietos y nietas, una joven que se ocupaba de atender a su hermano menor y una mujer que asistía a una madre muy anciana y a un padre con severas limitaciones motoras por causa de un derrame cerebral. Asimismo 7 de estas mujeres convivían con una pareja, y en todos los casos se ocupaban del cuidado indirecto de esta persona. Por otro lado, la estructura de sus hogares era diversa y compleja. En general, eran de tamaño numeroso e incluían a varios parientes a parte del núcleo conformado por los progenitores (o la progenitora) y sus descendientes. Pero incluso en aquellos casos donde el número de personas convivientes era relativamente reducido, las cambiantes dinámicas de los arreglos familiares hacía que resulte difícil categorizarlos como hogares nucleares. Esto se debe a que la mayoría de las unidades de personas que viven bajo un mismo techo y se alimentan de una misma olla experimenta constantes transformaciones a partir de la circulación de parientes que viven cerca y con quienes se establecen relaciones muy estrechas. Por ejemplo, es bastante habitual que haya niños y niñas que duermen en la vivienda de sus progenitores, pero pasan la mayor parte del día en la casa de su abuela o tía, quien los cuida y les da de comer.

Aparte de efectuar la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidados en sus hogares, casi todas estas mujeres que entrevisté desempeñaban algún tipo de trabajo a cambio de ingresos monetarios. Algunas se dedicaban al reciclaje y al trabajo doméstico remunerado; otras lavaban ropa ajena, vendían alimentos en la calle, prestaban esporádicamente servicios de peluquería o atendían un pequeño comercio familiar en sus viviendas. Solo dos de estas mujeres no trabajaban de manera remunerada: una de

ellas porque tenía limitaciones para caminar y la otra debido a que su pareja la presionaba para que permaneciera en la casa con el fin de cuidar a sus hijas y su hijo. Entre las que tenían un trabajo remunerado, en ninguno de los casos su actividad laboral les reportaba ingresos regulares. La suma de dinero obtenida igualmente variaba mucho según el tipo de trabajo y el tiempo de dedicación. No obstante, estos ingresos representaban una contribución fundamental para el sustento familiar, que la mayor parte de las veces se sumaba a lo que aportaban otros integrantes del hogar o que en algunas ocasiones constituía la única fuente para cubrir los gastos.

En resumen, el Bañado Sur constituye un espacio social donde el sostenimiento diario de los grupos familiares se logra por medio de numerosas estrategias. Contar aunque sea con mínimos ingresos para cubrir algunas de las necesidades básicas sin duda es importante. Pero la vida en contextos de pobreza necesita mantenerse con más que eso. Por esta razón, el trabajo no remunerado que realizan diariamente la mayoría de las mujeres resulta fundamental para el sostenimiento de este grupo social.

4 | Adversidades y dilemas de las mujeres que cuidan la salud en el Bañado Sur

El cuidado de la salud de otras personas forma parte de la experiencia cotidiana de las mujeres que viven en el Bañado Sur. Como a la mayoría de sus congéneres, a estas mujeres se les atribuye un conjunto de responsabilidades que tienen como fin procurar que esas personas logren un estado por lo menos elemental de bienestar físico, mental y social. Sin embargo, hay que subrayar que las mujeres pobres cumplen dicha función en condiciones mucho más críticas que aquellas que pertenecen a otros sectores sociales. El patrón de privaciones materiales y de limitaciones en el acceso a oportunidades que padecen hace que mantener la salud de una familia requiera una inversión superior de dedicación y esfuerzos. El mantenimiento de un hogar, por ejemplo, demanda más tiempo debido a que la infraestructura de las viviendas presenta más dificultades o a la limitada disponibilidad de tecnologías⁴. Además, en los

4 Las circunstancias en que las mujeres del Bañado Sur experimentan la carga trabajo reproductivo ciertamente son heterogéneas. La demanda de esfuerzos y tiempo se manifiesta con diferentes grados entre las unidades familiares ya que la infraestructura y la disponibilidad de personas se ocupen del trabajo doméstico se distribuye de manera desigual. En este sentido, algunas familias disponen de “bienes de confort” como electrodomésticos o sus casas están construidas con materiales duraderos; mientras que otras apenas poseen un refugio donde guarnecerse. Además, algunas familias son amplias y participan en redes domésticas donde circula ayuda mutua, en tanto que otras están más aisladas. Todo esto contribuye a que el cuidado del bienestar de sus integrantes sea más o menos arduo según la posición que ocupe cada familia dentro del campo social.

hogares más pobres el número de niños y niñas tiende a ser mayor y, a diferencia de lo que sucede en los sectores más ricos, la posibilidad de resolver la carga de trabajo doméstico adquiriendo servicios en el mercado es mucho menor o directamente nula. Tomando en cuenta estas desigualdades, de aquí en adelante mi propósito consiste en describir algunas de las situaciones y circunstancias en las que estas mujeres intentan asegurar el bienestar básico de las personas que forman parte de sus hogares o comunidades mediante cuidados relacionados con la salud. Para ello, como ya mencioné, recurriré a entrevistas y notas tomadas durante mi trabajo de campo en el Bañado Sur, focalizando la atención en tres dimensiones interrelacionadas: i) prevención de riesgos para la salud; ii) atención de enfermedades; iii) autocuidado.

4.1 | Los distintos planos de la prevención

Habitar el Bañado Sur de Asunción supone una exposición cotidiana a diversos factores sociales y ambientales que ponen en riesgo la salud de las personas. El hacinamiento y la precariedad de las viviendas, las aguas estancadas en las calles, el humo de los residuos quemados, la humedad propia de las áreas cercanas al río, la insuficiencia de servicios sanitarios y la falta de seguridad en algunos lugares, entre muchos otros elementos, forman parte del paisaje que rodea a las personas que viven en este territorio hiperdegradado. Dentro de dicho entorno, las familias buscan los medios que tienen a su alcance para conservar la salud de sus integrantes. Esta tarea, como ya he señalado, se transfiere principalmente a las mujeres que forman parte de un hogar.

Cuidar la salud de los miembros de una unidad familiar comprende diversos quehaceres cotidianos que se realizan generalmente en la esfera doméstica como preparar los alimentos, lavar la ropa o mantener aseadas las áreas ocupadas. Todas estas labores, a las que se pueden agregar muchas otras modalidades de cuidado indirecto, contribuyen a la prevención de algunas enfermedades y sirven para producir las condiciones necesarias para que las personas puedan mantenerse sanas y activas. Durante las distintas visitas que realicé al barrio y a los refugios pude observar cómo las mujeres llevan a cabo diariamente estas actividades. No obstante, en ninguna de nuestras conversaciones ellas asociaron de manera explícita este tipo de trabajo con una actividad que permite conservar la salud de los integrantes de su familia. Más bien lo interpretan como un quehacer rutinario que forma parte de su rol como principales responsables del funcionamiento y sostenimiento del núcleo doméstico.

Esta aparente falta de conexión entre el cuidado y la prevención de la salud, pese a todo, se diluye en el marco de acontecimientos abruptos y a veces imprevistos que alteran el curso de la vida cotidiana y desestabilizan los frágiles arreglos familiares que

aseguran el mantenimiento de un hogar. Cuando a raíz de la crecida del río las familias se desplazan a los refugios, como me tocó observar, se manifiesta una necesidad más urgente de garantizar condiciones básicas de salubridad. En estas circunstancias, las mujeres trasladan al espacio público el rol reproductivo que comúnmente ejercen en la esfera privada. Ciertos tipos de trabajos indirectos de cuidados se entienden entonces como modos de prevenir enfermedades. El caso más evidente es el aseo de los baños públicos instalados en los campamentos. Para varias de las mujeres que entrevisté, la limpieza de estos lugares constituye una preocupación constante, ya que consideran que sus familiares allí pueden contraer infecciones. Esta inquietud las lleva a buscar distintos modos de organización que van desde la distribución de turnos para limpiar de modo voluntario hasta el pago de una pequeña suma de dinero para que una mujer del campamento se ocupe de dicha tarea.

No obstante, algo que llamó mi atención fue que este interés por mantener cierto nivel de saneamiento en los espacios comunes aparentemente no se manifiesta de la misma manera en sus lugares habituales de residencia. Es frecuente, por ejemplo, que en terrenos próximos a sus casas o en los mismos patios existan focos de contaminación a los que no se presta suficiente atención como la acumulación de cubiertas para autos, envases, aparatos descompuestos, entre muchísimos otros desechos, o el humo que produce la quema de plásticos.

Ahora bien, hay otra clase de cuidados que estas mujeres sí relacionan de un modo más claro con formas de evitar riesgos que puedan afectar a la salud. Para varias de ellas resulta importante vigilar a los niños y las niñas con el fin de que no sufran accidentes. En sus descripciones sobre los cuidados que brindan a sus hijos e hijas, muchas se refirieron a la prevención de situaciones peligrosas. Tal es el caso de Carmen, una de las adolescentes que formaba parte del grupo de mujeres con las que tuve contacto, quien me contó que para ella el cuidado de su hermano de cinco años consistía fundamentalmente en evitar que saliera a la calle o que se lastimara dentro de la casa de chapa y madera donde vivían provisoriamente.

Esta clase de peligros preocupan a las madres y procuran evitarlos vigilando lo que hacen los niños y las niñas en sus hogares o en la vía pública. Los accidentes domésticos representan una posibilidad bastante concreta y real en viviendas que cuentan con materiales e instalaciones muy precarios, lo cual se acrecienta todavía más cuando se trasladan a los refugios. Me tocó presenciar, por ejemplo, el caso de una caseta de madera que se incendió cuando un niño intentó usar la cocina para preparar algo de comer mientras su madre no estaba presente.

La vigilancia sobre algunos miembros del hogar además se manifiesta de otras formas. Cuando los hijos o las hijas son mayores, sus madres procuran que se mantengan aislados de grupos de jóvenes del barrio que consumen drogas o bien de personas extrañas. Cuidar a los miembros de una familia, en este sentido, es una actividad que para ellas también comprende el resguardo de su seguridad, lo que se traduce en prohibiciones para circular por determinados lugares o a ciertas horas. Sin embargo, muchas mujeres no pueden evitar que alguno de sus hijos se involucre con el consumo problemático de drogas como el “chespi”⁵, y así el cuidado se transforma en una angustiante tarea que tiene como fin intentar reducir los daños. Para una de mis informantes, el cuidado de su hijo adicto consistía en procurar que se alimentara y evitar que se alejara mucho de la casa para no pelearse con otros jóvenes del barrio con los que estaba enemistado o para que no fuera apresado por la policía.

Otra de las facetas del cuidado como una actividad que tiene como fin eludir riesgos reside en la prevención de la violencia sexual y de los embarazos en el caso de hijas púberes o adolescentes. Varias de las mujeres con las que conversé, muchas de las cuales fueron madres a edad muy temprana, manifestaron que no deseaban que sus hijas quedaran embarazadas y que para evitarlo procuraban imponer límites en su relacionamiento con jóvenes de la misma edad y en las salidas fuera del entorno de la vivienda. El embarazo adolescente ciertamente es un hecho frecuente en numerosos hogares con bajos ingresos en Paraguay⁶. Hay que agregar además que este intento de desmarcar a sus hijas de lo que ha formado parte de sus propias trayectorias vitales, en parte, se encuentra estimulado y apoyado por otros actores que participan en la vida barrial. Tanto las agentes de las unidades públicas de salud como miembros de algunas organizaciones no gubernamentales suelen desarrollar algunas charlas sobre salud sexual y reproductiva en las que las mujeres del barrio encuentran la oportunidad para reflexionar sobre sus propias experiencias y sobre lo que desean para sus hijas.

Lo que estos registros muestran es que el cuidado como una actividad que contribuye a preservar la salud de los integrantes de una familia tiene distintas aristas en el Bañado Sur. Por una parte, aquellas labores domésticas rutinarias englobadas dentro de la noción de cuidado indirecto no suelen ser interpretadas como modos de asegurar condiciones de salubridad, salvo en circunstancias excepcionales. Desde el punto

5 ‘Chespi’ o ‘crack’ es el nombre popular que recibe una droga elaborada con clorohidrato de cocaína y bicarbonato de sodio, que es fumable. Esta sustancia es barata y produce una rápida adicción.

6 Según datos del CEPEP, en Paraguay la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) en hogares de nivel socio-económico “muy bajo” es de 120, valor que duplica la TFA nacional estimada en 63. En hogares de nivel “bajo”, TFA es de 72. La TFA determina el número anual de hijos vivos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (CEPEP, 2009).

de vista de estas mujeres, aparentemente no hay una asociación clara entre el cuidado y la prevención de la enfermedad. Pero este sentido cambia en el contexto de situaciones de emergencia. Cuando el curso de la vida cotidiana se ve alterado por algún suceso repentino, adquieren relevancia las acciones preventivas que tienen como finalidad evitar riesgos que pueden afectar la integridad física o incluso la vida de algún integrante de la familia. De ello se podría decir que la matriz simbólica a partir de la cual se clasifican e identifican los riesgos cambiaría o se configuraría de una manera diferente en el marco de situaciones críticas.

Por otra parte, resulta significativo que esta clase de actividades se focalizan principalmente sobre las personas más jóvenes que viven en el hogar y que siguen ciertas pautas tradicionales vinculadas a las construcciones sociales del género (la separación del mundo de la violencia y las agresiones se asocia más con los varones y la prevención del embarazo, con las mujeres). Esto indicaría una relativa predisposición a cuidar de modo selectivo, invirtiendo más esfuerzos en quienes quizás en un futuro puedan convertirse en personas que cuiden a las actuales cuidadoras.

4.2 | Entre el hogar y el centro de salud

Cuando algún integrante de la familia se enferma, habitualmente la primera persona en reconocer o tener noticia de los síntomas es una mujer. A partir de ese momento lo común es que a esta persona se le atribuya la responsabilidad de brindar una respuesta para enfrentar, disminuir y, si fuese posible, erradicar el padecimiento de la persona enferma. Para lograr dicho fin, la persona encargada de cumplir con esta función apela a una diversidad de estrategias, donde se combinan distintos saberes, recursos y prácticas. Este proceso de atención a la enfermedad, que muchas veces acontece en el ámbito doméstico, es una de las formas en las que ellas continúan cumpliendo su rol como cuidadoras de las personas que integran sus familias y de las que se sienten responsables.

Una faceta fundamental de las tareas de cuidado consiste en estar pendientes de las necesidades de otras personas y ello conlleva identificar cualquier malestar que pueda aquejarlas. La detección de las enfermedades se realiza por distintas vías entre las mujeres que viven en el Bañado Sur. La más común consiste en la observación directa. El trato constante con los integrantes de su familia les permite advertir algunos síntomas y signos que indican un posible deterioro de la salud. Adicionalmente, a medida que pasa el tiempo, estas mujeres van adquiriendo la experiencia necesaria para distinguir situaciones graves de otras menos delicadas. Sin embargo, ese saber adquirido no siempre es suficiente para identificar problemas de salud que se manifiestan de ma-

nera menos evidente. Es por eso que el reconocimiento de la enfermedad también se produce a partir de la interacción con otros actores que van desde familiares o vecinos más conocedores hasta personas que forman parte de las instituciones educativas, sanitarias o sociales instaladas en el barrio.

Una vez que la enfermedad se constata, lo habitual es que haya una reacción por parte de las mujeres a quienes se les confiere la responsabilidad del bienestar familiar. Esta respuesta por lo general se encuentra condicionada por factores materiales e ideológicos. La falta de los recursos necesarios para cubrir los costos de la atención a la salud en el sistema formal –tema que se abordará más adelante– es uno de los motivos por los que la atención se concentra principalmente en el hogar. Pero la opción por la asistencia doméstica no solo es consecuencia de una imposibilidad material, sino también se fundamenta en determinadas representaciones acerca de las técnicas de curación o la efectividad del saber médico. Para ilustrar esta clase de situaciones, me referiré a un relato que me contó Estela, una de las mujeres del Bañado Sur que entrevisté varias veces. Hacía unas semanas, una de sus hermanas estuvo enferma. Según ella, tuvo una afección conocida popularmente como *pyà ruru*⁷ porque le dolía la zona del cuerpo ubicada bajo las costillas. Para tratar esta dolencia, Estela recurrió a una técnica curativa aprendida de su madre y su abuela, que consiste en aplicar un preparado de harina que se sujeta con un pedazo de tela debajo de la zona del cuerpo donde se siente el dolor. Le pregunté entonces por qué no había acudido a un centro de salud a lo que me respondió que ella y su hermana se negaron a ir porque pensaban que los médicos profesionales no conocen esta enfermedad y que al intentar curarla podían hasta llegar a matar a una persona. Para justificar esta afirmación, Estela me explicó que hacía unos años un familiar suyo tuvo una molestia similar y que murió después de haber sido tratado en un puesto de salud. Crónicas como las de Estela muestran que la atención médica profesional puede ser cuestionada o rechazada.

Este relacionamiento conflictivo con el sistema de salud formal a su vez se manifiesta de otras maneras en contextos de pobreza. Varias mujeres me comentaron que preferían intentar resolver la enfermedad en sus hogares debido a que los centros de salud no disponían de personal médico o sus horarios no coincidían con los suyos. Igualmente varias mencionaron haber recibido malos tratos. Por otra parte, algunas mujeres indicaron que en los centros de salud no recibían medicamentos o que no contaban con el equipamiento técnico necesario para realizar algunos de los exáme-

7 *Pyà ruru* es una palabra en guaraní que se usa para nombrar varias enfermedades que producen como síntoma una inflamación en el epigastrio (región del estómago). *Pyà* se refiere al estómago, la barriga o las entrañas; mientras que *ruru* quiere decir hinchazón. El aumento de tamaño de esta zona puede ser causada por el paludismo, la pulmonía, la infección del riñón y la insuficiencia del corazón, entre otras afecciones (BASE IS, 1986).

nes solicitados. Todas estas trabas y dificultades percibidas finalmente hacen que ellas se sientan presionadas a buscar una solución por su cuenta, ya sea encargándose ellas mismas de la curación y los cuidados o recurriendo a personas que prescriben tratamientos en base a conocimientos empíricos.

Pero aun con las contrariedades mencionadas, el sistema formal de salud no es un elemento extraño en sus vidas, y de manera frecuente las mujeres bañadenses también demandan sus servicios. Ello sucede en diferentes momentos o circunstancias, como cuando la enfermedad no se puede curar en la casa o el cuadro empeora o es grave. Como resultado de esta acción, establecen un relacionamiento con el sistema sanitario que tiene algunas características específicas. Como ya se mencionó, la búsqueda de atención para un familiar que se encuentra bajo su responsabilidad supone para ellas lidiar con las insuficiencias del sistema y realizar distintos tipos de gestiones para lograr algún tipo de respuesta. Estas tareas pueden ir desde sacar un turno muy temprano por la mañana hasta solicitar a una agente de salud del barrio que consiga algún medicamento o acompañar a alguien a una unidad de atención más compleja para que se realice un examen. Sin embargo, es bastante común que los itinerarios que recorren las personas para recibir atención médica se encuentren truncados o sean fragmentados. Algunas veces el recorrido se queda en la etapa del diagnóstico mientras que otras veces se reduce a un tratamiento parcial o se combina con abordajes tradicionales de la enfermedad.

Un caso que sirve para retratar la complejidad de estos itinerarios es el de Marciana, una abuela que tiene a su cargo el cuidado de cuatro nietos y tres nietas. La del medio, una niña de 8 años, durante varios meses manifestó sufrir fuertes dolores de cabeza. A raíz de este episodio, su abuela decidió buscar un tratamiento médico para ella. Lo primero que realizó fue acudir al Hospital de Barrio Obrero por recomendación de una agente de salud del barrio. Pero el personal que la recibió en ese lugar le indicó que la niña necesitaba ser evaluada por un especialista, quien seguramente le pediría una tomografía computarizada. Como el Hospital de Barrio Obrero no contaba con el equipamiento necesario, el personal tratante la derivó con una orden para el estudio al Hospital Pediátrico Acosta Ñu, ubicado en la ciudad de San Lorenzo, a unos 20 kilómetros de la casa de mi informante. Marciana tardó unas semanas para conseguir el dinero necesario para poder trasladarse y solventar los gastos del día. Una vez solucionado este dilema, esta señora de 68 años se levantó de madrugada con su nieta, y fueron juntas en ómnibus hasta el hospital indicado, donde tras varias horas de espera pudieron realizar la tomografía a la niña. Una tarde mientras conversábamos, Marciana me mostró el disco compacto donde habían grabado los resultados del “estudio del cerebro” de su nieta. Sin embargo, me contó afligida que no había podido

hacer nada con esto y que estaba esperando tener tiempo y juntar otra vez algo de dinero para volver al hospital y consultar con algún médico pudiera “mirar [el estudio] en una computadora”. Mientras tanto, según me dijo, solía darle ibuprofeno a su nieta cuando le dolía la cabeza. Esta breve historia retrata algunas de las dificultades que enfrentan las mujeres del Bañado Sur cuando buscan atención a la salud y el modo en que estos procesos a veces quedan interrumpidos, se intersectan con otras prácticas o sencillamente se desvanecen.

En comparación con otros trabajos de cuidados, atender las necesidades de salud de los familiares puede ser una actividad menos rutinaria desde el momento que se encuentra asociada a un estado de excepcionalidad. No obstante, esta característica no hay que interpretarla como un giro que de alguna manera represente algo positivo que se contrapone al automatismo y la repetición que suelen caracterizar los quehaceres domésticos. Todo lo contrario. El cuidado de la salud agrega un estado de alerta y preocupación que se suma a los sacrificios diarios asociados a su rol reproductivo. Para complementar el ejemplo anterior, también puedo citar el sentimiento de desasosiego y angustia que me confió Rosa, otra de mis informantes, cuando la maestra del colegio donde asiste su hija de ocho años le comunicó que la niña posiblemente sufría un retraso que dificultaba el aprendizaje y que le recomendaba consultar con un especialista en neurología. Para una mujer que muchas veces no tiene el dinero necesario para comprar lo que necesita para el almuerzo, el campo de la neurología se presentaba como un mundo distante e inaccesible y el posible retraso de su hija añadía un desvelo más a su vida.

Atender las necesidades de una persona enferma, por otra parte, enfrenta a las mujeres bañadenses con otra clase de dilemas. La consulta en una institución pública de salud casi siempre implica para ellas la dedicación de mucho tiempo y la inversión de recursos familiares. Como en varias ocasiones los problemas de salud no pueden resolverse en las unidades de atención primaria cercanas a sus hogares, se ven forzadas a desplazarse a centros más alejados. Para ello deben realizar arreglos en sus hogares porque el acompañamiento a un familiar enfermo no supone la eximición de sus responsabilidades domésticas. Lo recurrente frente a este tipo de contingencias entonces es que se active una red de mujeres que se distribuyen responsabilidades. Mientras una se ocupa de las labores de acompañamiento, otras realizan los quehaceres domésticos cotidianos y cuidan a las personas dependientes que permanecen en la vivienda. Estos acomodamientos, hay que decir, la mayoría de las veces son precarios e inestables y suponen conflictos y disputas entre las mujeres que participan en estas redes debido a que aumenta la carga de trabajo gratuito y se reducen las oportunidades para producir recursos monetarios o para dedicarse a otras actividades.

El relacionamiento con el sistema formal de salud, además, tiene otras aristas. Existen en este sentido numerosas zonas de interfase donde la esfera reproductiva se solapa o interacciona con otros ámbitos. En caso que un familiar deba internarse, por ejemplo, algunas mujeres prácticamente se ven obligadas a mudarse al hospital mientras dura el proceso de recuperación como modo de paliar las insuficiencias de los servicios públicos en materia de cuidados. Aunque en menor medida, otras hasta llegan a pagar una magra suma de dinero a una tercera persona para que se ocupe de esta tarea en momentos específicos. A parte de ello, las mujeres que viven en el Bañado Sur están acostumbradas a que la atención pública a la salud se encuentre mediada por el poder político. Obtener un turno con un especialista o acceder a determinados medicamentos a veces resulta más fácil de lograr si se cuenta con el apoyo de caudillos locales. Por otro lado, el trato con especialistas representa para algunas de ellas una oportunidad para adquirir conocimientos sobre ciertos tratamientos y el uso de medicamentos que en otro momento les sirven para brindar ellas mismas la atención sin recurrir al saber especializado. Este tipo de aprendizajes, a su vez, se combina con otros conocimientos obtenidos a partir de lo que escuchan en los medios masivos de comunicación y en algunos espacios de capacitación que cada tanto se habilitan en el barrio.

La agrupación de estas observaciones y experiencias permite establecer algunas inferencias sobre cómo se configuran los cuidados que se prestan para intentar mantener la salud de las personas en contextos de pobreza. Primero, como la mayor parte del trabajo reproductivo, esta función es atribuida mayoritariamente a las mujeres y conlleva una dedicación de tiempos y esfuerzos que por lo general no es reconocida ni valorada socialmente. Sin cuestionar este rol, se asume que las mujeres son las principales encargadas de asegurar el bienestar del grupo familiar. Segundo, las mujeres que realizan esta tarea recurren a una diversidad de estrategias para poder cumplir con aquello que se espera de ellas. Estas formas de procurar el bienestar de familiares incluyen desde la atención en el hogar, el uso de saberes heredados y la apropiación de conocimientos biomédicos hasta la búsqueda de atención especializada, la interacción con distintos agentes o el apoyo en redes conformadas por otras mujeres. Tercero, en todos los casos que pude observar el cuidado de la salud demanda por parte de ellas la inversión de recursos, la fortaleza de sus propios cuerpos y un amplio involucramiento emocional que se extiende desde el interés por el bienestar del otro hasta la preocupación, la ansiedad y el desasosiego.

4.3 | Las prácticas solidarias, sus límites y tensiones

En Paraguay, el gasto de bolsillo en salud es muy elevado, y este costo tiene un impacto todavía mayor entre las familias con menores ingresos monetarios. Cuando

alguien se enferma o accidenta y debe realizar algún tipo de pago para recibir atención, se calcula que en promedio invierte aproximadamente unos 36,3 us\$ si es una persona pobre y unos 40,2 us\$ si es pobre extremo (Giménez y otros, 2017). Las personas no pobres, que pueden pagar más para afrontar esta situación, llegan a desembolsar en promedio hasta unos 82,4 us\$. Estas sumas, como se podría esperar, tienen una incidencia muy diferente en cada estrato socio-económico. Para las personas que se encuentran en situación de pobreza, el gasto de bolsillo que debe afrontar en caso de enfermedad o accidente representa en promedio el 40,7% de sus ingresos, mientras que si vive en situación de pobreza extrema esta proporción puede representar el 95,8% de sus ingresos. En estas circunstancias, la enfermedad de una persona que vive por debajo de la línea de la pobreza tiene consecuencias catastróficas para la de por sí frágil economía familiar.

Cuidar a una persona enferma por tanto no solo representa un aumento de la carga de trabajo y preocupación, sino también en varios casos la necesidad de conseguir dinero de donde sea. Por tal razón, en casos de mucha necesidad, como son las internaciones o un tratamiento médico muy costoso, las mujeres que viven en el Bañado Sur suelen recurrir a modos de ayuda mutua para afrontar estos gastos. Una de estas prácticas consiste en la organización de actividades que les permiten generar algunos ingresos. Las “polladas”, “hamburgueseadas” o “tallarinas” son ejemplos típicos de las iniciativas a las que recurren con la colaboración de otras mujeres del barrio y de algunas organizaciones como los grupos de iglesia, una comisión vecinal o incluso del propio personal de la institución que presta asistencia a la salud. La venta de alimentos es una actividad donde la probabilidad de obtener alguna ganancia monetaria es mayor que otras debido a que la gente está más predispuesta a comprar algo que inevitablemente debe adquirir todos los días, como sucede con la comida. Otra de las actividades que se realizan para recaudar fondos es la organización de “rifas” donde se sortean artículos generalmente de bajo costo entre varias personas que compran boletos a un precio muy barato.

Dichas prácticas de mutualidad pueden ser interpretadas como una modalidad de protección social frente a la falta de alternativas públicas. Dado que en Paraguay las personas pobres prácticamente no cuentan con un sistema que las proteja contra los riesgos económicos que plantea la enfermedad, no les queda más que buscar mitigar el impacto de una manera solidaria. La participación en redes articuladas en función a lazos de parentesco o vecindad constituye un mecanismo de resguardo ante situaciones imprevistas. Desde este punto de vista, adquirir porciones de comida de una familia o un grupo de personas que se organizan para juntar algo de dinero supone implícitamente la posibilidad de recibir una colaboración recíproca similar en el fu-

turo. Esta práctica recuerda así algunas características de la lógica del don descrita por Marcel Mauss, en la que se plantea la obligación de dar, devolver y recibir dentro de un campo atravesado por tensiones marcadas por el interés y el desinterés o por la imposición y el altruismo.

Con todo, es importante destacar otras complejidades. La capacidad de recibir esta clase de ayuda depende en gran medida de la extensión y densidad de las redes sociales en las que participa una persona o grupo familiar. Si alguien se encuentra aislado y no cuenta con esta forma de capital social, lo cual sucede en algunos casos, entonces las probabilidades de recibir ayuda disminuyen considerablemente. Por otra parte, la circulación de distintas formas de apoyo también se encuentra condicionada por la disponibilidad de una mínima base material. Para ayudar económicamente a otra persona se debe contar aunque sea con mínimos recursos. Durante mi trabajo de campo en el Bañado Sur pude observar algunas de estas situaciones. Ciertas familias evidentemente se encontraban más aisladas que otras y encontré grupos que no tenían con qué colaborar.

Pero también hay ocasiones en que las familias deben arreglárselas por cuenta propia cuando se enferma algún integrante, y entonces recurren a otra clase de estrategias. Entre las más comunes se encuentra la venta de algún bien del hogar, una herramienta de trabajo o, en ciertos casos, también animales domésticos, como cerdos o gallinas. Con el dinero obtenido por medio de esta transacción se cubren gastos de medicamentos y estudios tanto como los costos relacionados con el traslado a una institución sanitaria o la comida durante ese día. Esta clase de salidas para resolver una situación inesperada o más crítica comúnmente provoca desarreglos en la organización doméstica y deteriora el escaso patrimonio familiar volviendo más aguda la pobreza. En el contexto de mis conversaciones con las mujeres del Bañado Sur, pude identificar este tipo de casos. Marciana, la abuela que llevó a su nieta a un hospital alejado de su casa para que le realizaran una tomografía, por ejemplo, decidió vender su garrafa de gas por 50.000 guaraníes⁸ para contar con el dinero necesario para cubrir los gastos extra ligados con el estudio. Como consecuencia inmediata, esta anciana tuvo que volver a cocinar con carbón para las once personas que viven con ella.

A todo esto debe agregarse el costo de oportunidad que pesa sobre la persona que cuida. Dedicar tiempo para realizar gestiones y acompañar a una persona enferma supone para las mujeres bañadenses renunciar a actividades que proveen ingresos o postergar labores domésticas que se acumulan y que de modo casi inevitable deberán realizarse después. Es por eso que, para intentar evitar esta clase de pérdida, los gru-

8 Aproximadamente unos 9 dólares estadounidenses.

pos familiares establecen arreglos para distribuir el trabajo de cuidado. Sin embargo, como ya se señaló, los acuerdos por lo general son frágiles y suelen perjudicar a la persona que tiene menor capacidad de negociación o poder en el grupo. Una historia bastante representativa de este hecho es la de Ana, una joven de veinte años que conocí en uno de los refugios. Cuando hubo que cuidar a su madre internada en un hospital durante varios meses, su familia decidió que ella se ocuparía de acompañarla todo el tiempo que fuera necesario debido a que era la menor de los hermanos, todavía estaba en el colegio y, sobre todo, no trabajaba. Siguiendo esta línea, la función del cuidado en estas circunstancias se atribuye habitualmente a las adolescentes, las mujeres que no realizan trabajo remunerado o las que producen menos ingresos en comparación con otros integrantes del hogar.

La existencia de redes familiares y vecinales donde puedan circular recursos y formas de apoyo mutuo, en consecuencia, es un factor relevante para afrontar en mejores condiciones la débil y a la vez costosa oferta pública de servicios de salud. Sin embargo, no hay que perder de vista los límites de estas prácticas y las tensiones que las atraviesan.

4.4 | La constante postergación del autocuidado

Los esfuerzos que realizan las mujeres bañadenses para que los integrantes de sus familias pueden contar con más oportunidades para mantenerse sanos tiene una contracara todavía más dura. Esta faceta guarda relación con el desbalance que existe entre el tiempo y los cuidados que brindan a sus familiares y la atención que dedican a ellas mismas. En este sentido, el autocuidado es una dimensión frecuentemente postergada. La atención y el tratamiento de sus propias necesidades de salud, y muchas veces hasta la misma enunciación de cualquier malestar, son cuestiones que suelen quedar relegadas dentro de su orden de prioridades.

Durante las conversaciones que mantuve con varias mujeres, escuché distintas explicaciones acerca de por qué mantenían esta inclinación a no hablar sobre sus propios padecimientos o a no solicitar ayuda para atender a sus necesidades de cuidados. Algunas manifestaron que no querían preocupar a su familia con sus dolencias; otras indicaron su temor a provocar el hartazgo de sus parientes y principalmente de sus parejas. Desde el punto de vista de otras mujeres, no pedir asistencia a otras personas en estos casos representaba un modo de impedir quedar en deuda con alguien. Pero el argumento principal que de una manera u otra estuvo presente en todas sus explicaciones es que ellas debían mostrarse y mantenerse fuertes para no ser reprendidas y acusadas de haraganas.

La consecuencia más evidente de esta disposición a relegar a un plano secundario las propias necesidades de cuidado es el resentimiento y el desgaste de la salud física y psíquica de estas mujeres. A edades muy tempranas sus cuerpos evidencian los signos del cansancio y el deterioro que producen las largas jornadas de trabajo, los esfuerzos excesivos y la angustia frente a la precariedad de la vida, combinadas muchas veces con una alimentación inadecuada, las violencias sufridas y la exposición a factores medioambientales nocivos.

De estas observaciones se pueden extraer dos reflexiones generales. Por un lado, resulta claro que en el caso particular de la prestación de cuidados existe un bajo grado de nivel de reciprocidad entre las personas que cuidan y las personas que reciben cuidados, principalmente si se trata de hombres. Dicho de otra forma, en el contexto de las redes familiares los cuidados circulan en una sola dirección: de algunas mujeres hacia los integrantes de un grupo doméstico, pero difícilmente en sentido inverso. Esto sugiere que en este sentido específico las prácticas de reciprocidad se encuentran truncadas por sesgos de género. Por otra parte, algunas de las razones por las cuales las mujeres postergan el autocuidado cuestionan algunas representaciones estereotipadas sobre la supuesta naturaleza de lo femenino. Entre los grupos sociales más afectados por la pobreza, la femineidad no estaría asociada a la debilidad y la fragilidad, sino por el contrario se relacionaría con la fortaleza y la resistencia necesarias para enfrentar los rigores de su papel como sostenedoras de sus hogares.

5 | El cuidado de la salud en contextos de pobreza

Como conclusión de este análisis, mi intención consiste en presentar un conjunto de reflexiones en torno a las conexiones que se establecen entre los cuidados, la pobreza y la desigualdad social. Para ello intentaré poner en diálogo algunas discusiones contemporáneas acerca del cuidado con los datos empíricos que fueron presentados. De manera puntual abordaré cuatro temas. El primero de ellos se refiere a las dimensiones que comprende el cuidado; el segundo guarda relación con los dominios sociales y marcos institucionales donde se brindan; el tercero remite a la identidad de las personas que cuidan y reciben cuidados; mientras que el cuarto y último busca conectar las expresiones del cuidado observadas en el micro espacio de lo cotidiano con procesos más amplios.

5.1 | La multidimensionalidad del cuidado

Proporcionar y recibir cuidados son acciones que comprenden distintas dimensiones. Una de ellas es material y engloba el conjunto de recursos que insume la atención de las necesidades de apoyo de otra persona. Cuidar, en este sentido, representa un trabajo que supone la dedicación de esfuerzos, un costo económico y la inversión de tiempo. Todos estos factores forman parte de una realidad objetiva que puede ser observada y cuantificada. Sin embargo, es bastante común que este tipo específico de trabajo no reciba reconocimiento ni sea valorado, volviéndose invisible su contribución al bienestar social. Por otro lado, el cuidado también tiene una dimensión psicológica. Al tratarse de una actividad esencialmente relacional, su puesta en práctica implica la existencia de vínculos afectivos y emocionales o la posibilidad de que se establezcan esta clase de lazos. Una de las caras de dichos estados subjetivos está conectada con el hecho de que el cuidado es una acción que nace fundamentalmente del interés por el bienestar del otro y no de lo que se puede conseguir de él o con él (Izquierdo, 2003). Además, del lado de quienes reciben atenciones, el sentimiento de “ser cuidado” también forma parte del cuidado mismo.

La representación del cuidado como una actividad caracterizada por una naturaleza dual en la que se intersectan trabajo y estados afectivos ha llevado a algunas autoras del norte global a diferenciarlo del trabajo doméstico y otro tipo de servicios de atención a personas (Himmelweit, 2007). Uno de sus principales argumentos consiste en señalar que el cuidado demanda la presencia física de la persona cuidadora, la asignación de tiempo y la construcción de una relación íntima. Estas cualidades lo convertirían en una tarea centrada en las relaciones cara a cara establecidas en el núcleo doméstico para la cual difícilmente haya sustitutos en el mercado. Posiblemente la distinción resulte significativa en sociedades con mayor desarrollo relativo donde varias necesidades de la vida cotidiana pueden resolverse a través de la contratación de servicios o del acceso a tecnologías para el hogar mientras que el cuidado en sí queda reservado para la familia. Pero en contextos marcados por la pobreza, muchas mujeres se encuentran presionadas a realizar actividades instrumentales, como acarrear agua, cocinar todos los días o atender ellas mismas la enfermedad, para lograr una base mínima de bienestar para sus familiares. Mediante estos quehaceres ellas cumplen con el rol de cuidadoras que se les ha asignado. Por esta razón es relevante considerar que el cuidado en contextos de pobreza urbana difícilmente pueda pensarse de manera independiente del trabajo doméstico. Lo que se conoce como cuidados indirectos representa una base de apoyo fundamental para las familias que no cuentan con ingresos suficientes y deben producir por cuenta propia las condiciones indispensables para asegurar la subsistencia de sus miembros en lo cotidiano.

A su vez, el cuidado en contextos de pobreza urbana debería ser enlazado con otras dos dimensiones que se encuentran menos abordadas por la literatura especializada. La primera de ellas es la dimensión de un conocimiento práctico. Para poder cuidar, las personas ponen en juego un conjunto de técnicas, habilidades, destrezas y formas de organizar el tiempo que han sido adquiridos por medio de la experiencia y la transmisión informal de saberes que ocurre en el seno de la familia. En los sectores con acceso limitado a servicios públicos o privados, estos conocimientos son de gran utilidad para afrontar las necesidades que plantea la vida cotidiana. En el campo de la atención a la salud se observa claramente cómo las mujeres se apropian de un conjunto heterogéneo de saberes para resolver en el hogar varios tipos de padecimientos. La segunda dimensión remite a los cuerpos que cuidan. El cuidado no solo supone trabajo, afectos y conocimientos prácticos, sino también organismos que han incorporado un conjunto de disposiciones para poder efectuar dicha actividad. En el caso de los sectores más pobres, estos cuerpos requieren fortaleza física, resistencia y capacidad de postergar sus propias necesidades de cuidados, aun a costa de su deterioro. Visto desde esta perspectiva, el cuidado se manifiesta como una actividad multidimensional, cuya configuración tiende a ser más compleja en contextos de pobreza urbana.

5.2 | Puertas adentro y puertas afuera

La discusión sobre las dimensiones del cuidado a su vez se encuentra enlazada con otro debate centrado en la identificación del dominio social y los marcos institucionales donde se localiza la actividad. La definición del espacio donde se prestan y reciben cuidados incide en el registro de las relaciones que quedarían comprendidas dentro del concepto. Esta distinción resulta importante, entre otras cuestiones, para el reconocimiento de los agentes del cuidado, las prácticas que desarrollan y las políticas sociales que los afectan.

De acuerdo con un análisis que desarrolla Thomas (2011) sobre la literatura producida en países con mayor desarrollo relativo, existen dos grandes tendencias que sientan las bases para delimitar el espacio donde se establecen relaciones de cuidados. Una de ellas se inclina a circunscribir el cuidado a un tipo específico de tareas que se realizan fundamentalmente en el ámbito privado y de manera más concreta en la esfera familiar. La otra tendencia no restringe exclusivamente las relaciones de cuidado al marco institucional de la familia e incluye la participación del Estado. La principal diferencia entre una y otra queda establecida según dónde se coloque el foco del análisis. En el primer caso, el interés se deposita en el perfil de las personas que cuidan: las mujeres. Dado que desde este enfoque el cuidado se reconoce como una actividad

que por definición tiene una naturaleza dual (conlleva una dimensión material y otra psicológica, como se vio antes), no sería adecuado asociarlo a servicios sustitutivos que carecen de las cualidades de compromiso y afecto. El cuidado, como un tipo particular de actividad donde se combinan de modo indisoluble trabajo y amor, se vincula con el mundo femenino en el cual se conjugarían estas dos dimensiones según las construcciones sociales del género. En consecuencia, las relaciones de cuidado se configuran principalmente en torno a las mujeres en el ámbito familiar. En el segundo caso, en cambio, el interés se sitúa en las personas que reciben cuidados, quienes se caracterizan por poseer algún grado de dependencia. Según esta posición, lo esencial del cuidado es que atiende las necesidades de personas con autonomía limitada y por tanto puede llevarse a cabo en el dominio público o privado y en distintos contextos institucionales, como el hogar, un hospital o un centro para personas ancianas. Con ello, además de relativizar la naturaleza dual del cuidado, se destaca su conexión con las políticas sociales. Es relevante mencionar que Thomas (*op. cit.*) incluye también una tercera perspectiva que intenta conjugar las dos anteriores. De acuerdo con este enfoque, es necesario superar la falsa dicotomía entre la esfera pública y la doméstica y reconocer que las relaciones de cuidados pueden producirse a partir de diferentes combinaciones de trabajo y estados afectivos y en distintos marcos institucionales.

Los modelos brevemente analizados sirven para comprender cómo se inscriben los cuidados en diferentes contextos institucionales, pero pueden ser complejizados a la luz de las configuraciones particulares que adquieren las relaciones de cuidados en otros contextos. En varios países de América Latina, donde la pobreza y la desigualdad afectan a amplios sectores de la población y las políticas sociales son insuficientes y de baja calidad, las unidades familiares tienen un rol destacado en la implementación de diversas estrategias que tienen como fin gestionar los medios necesarios para reducir la incertidumbre y la inseguridad y preservar la vida de sus miembros (Hardy, 1987; Lomnitz, 2003; Gutiérrez, 2007). Como parte de estas estrategias, los cuidados proporcionados por el grupo familiar traspasan los bordes siempre porosos y flexibles de los ámbitos y marcos institucionales inscribiéndose en zonas híbridas. Una familia que cuida a un pariente enfermo en un hospital porque no existe personal que pueda cumplir esta función o un grupo de madres que se organiza para mantener un centro infantil municipal son casos frecuentes de estos ensambles donde nunca son demasiado claros ni evidentes los límites entre la esfera pública y privada o entre los marcos institucionales que aportan la familia, el estado y la comunidad. De ello se desprende que no solo es importante dejar atrás las dicotomías tal como señala el tercer posicionamiento aludido por Thomas (*op. cit.*), sino también entender que las actividades de cuidados tienen un carácter ubicuo y dinámico que, superando cualquier clasifi-

cación demasiado rígida, las lleva a ser ejecutadas en distintos sectores tanto como en espacios intersticiales que se abren entre ellos.

5.3 | Una responsabilidad que comienza temprano y termina tarde

Más allá de sus dimensiones y los dominios donde se realiza, el cuidado evidentemente es una actividad relacional que vincula a una persona que presta apoyo con otra persona que lo recibe. La identidad de estos individuos habitualmente se construye sobre la base de un conjunto de criterios relacionados principalmente con el género y la noción de dependencia. De un lado, producir bienestar físico, psicológico y emocional en lo cotidiano es una tarea que socialmente se atribuye a las mujeres bajo el supuesto de que ellas se encuentran mejor preparadas para cumplir con esta función. Del otro lado, la recepción de cuidados se asocia principalmente a personas que de modo transitorio o permanente manifiestan algún grado de dependencia. Estas distinciones organizan, a grandes rasgos, las identidades de las personas vinculadas a través de relaciones de cuidados. Pero a la vez dicha caracterización no deja de ser bastante reductiva, por lo que es preciso señalar situaciones que complejizan los perfiles del cuidado.

Es un hecho comprobado que en la mayoría de las sociedades el cuidado es una responsabilidad feminizada. Sin embargo, este mandato puede ser experimentado de distintas maneras según la posición que ocupen las mujeres en el campo social. En los estratos más ricos, cuidar puede estar asociado a tareas gratificantes como jugar con un niño o la supervisión de las labores que realiza una trabajadora doméstica, mientras que en los estratos más pobres el cuidado comúnmente conlleva la realización de trabajos más arduos y desgastantes, como lavar la ropa a mano o mantener limpia una vivienda con piso de tierra. Otras distancias de este tipo se establecen a partir de variables como la etnia, el lugar de procedencia o el estatus migratorio de una mujer. A su vez, es relevante tomar en cuenta que en los contextos marcados por la pobreza el cuidado puede ser una responsabilidad colectiva que asumen distintas mujeres conectadas a través de redes de parentesco o vecindad, con lo cual se vuelve necesario destacar la participación de un agente comunitario (Vásconez, 2012).

Por el otro lado, la dependencia y la autonomía deben ser interpretadas como grados que forman parte de un mismo continuo (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Como seres interdependientes, todas las personas requieren cuidados en las diferentes etapas de su ciclo vital (incluso cuando se encuentran sanas y en plena edad adulta), así como la gran mayoría cuida a otras personas en algún momento de la vida. El grado de dependencia por lo general se determina en relación a diferentes tipos de necesida-

des. Hay personas que no podrían sobrevivir sin cuidados, como un bebé que requiere ser alimentado todos los días. Otras personas dependientes, en cambio, necesitan atenciones más puntuales y específicas, como alguien enfermo o una anciana que necesita que la acompañen para realizar una consulta médica. Ahora bien, los criterios para definir esos grados de dependencia generalmente son bastante variables. En el caso de las mujeres que viven en contextos de pobreza, por ejemplo, es frecuente que se reduzca el rango de edades o las condiciones en las que pueden ser consideradas personas que demandan cuidados y, de modo inverso, se amplía el espectro de situaciones en que son etiquetadas como cuidadoras. Por lo general, en estos sectores las niñas se inician temprano en el cuidado mientras que las abuelas continúan cuidando hasta una edad muy avanzada. Con los hombres, por el contrario, estas pautas son bastante más laxas.

Las identidades de las personas que participan en el campo del cuidado, por tanto, no son fijas ni estables. La condición de interdependencia característica de la especie humana es una de las razones que determinan el tránsito permanente por distintas posiciones. Sin embargo, en el caso de las mujeres más pobres es común que se les atribuya la función de cuidadoras cuando son muy jóvenes y es muy probable que continúen cumpliendo este rol hasta una edad muy avanzada, postergando sus propias necesidades de cuidados.

5.4 | El cuidado como *pharmakon* para la pobreza

Los esfuerzos que dedican las mujeres al cuidado de la salud de sus familiares y las consecuencias que esta actividad tiene para sus propias vidas son hechos que se encuentran conectados con procesos más amplios. En tal sentido, se puede decir que las configuraciones particulares que se observan en el microespacio de lo cotidiano también guardan relación con estructuras organizadas a escala global. Unas no se pueden comprender del todo sin las otras. ¿Cuál es el papel del cuidado brindados para sostener vidas en un contexto de pobreza dentro de un sistema mundial que privilegia la acumulación del capital? Para cerrar este artículo, presentaré brevemente algunas consideraciones sobre el tema.

El proceso de urbanización experimentado por la sociedad paraguaya a partir de la década de los noventa representa uno de los mecanismos de expansión del capital global en las regiones periféricas del planeta. Como sostiene Harvey (2014), el desarrollo del capitalismo mantiene un estrecho vínculo con los procesos urbanizadores desde el momento en que el capital demanda ciudades donde ubicar sus excedentes para producir plusvalor; y a la vez las ciudades requieren ese excedente para poder constituirse

como tales. Este modelo se caracteriza por un incremento crítico de las desigualdades y las fracturas sociales que se establecen entre zonas de acumulación y zonas de sacrificio. Las zonas de sacrificio⁹ son lugares abandonados donde quedan relegadas las poblaciones sobrantes o que solo se integran al sistema productivo de una manera siempre marginal e inestable. El Bañado Sur puede concebirse como uno de estos territorios, donde las profundas limitaciones que padecen sus habitantes en el acceso a la renta, la educación, la vivienda y la atención médica contrastan con la sobreinversión en infraestructura y servicios que experimentan otros lugares de la ciudad.

Dentro de este contexto marcado por la desigualdad, el cuidado que prestan las mujeres pobres en el espacio doméstico tanto como en muchos otros dominios constituye una práctica que permite sostener y mantener diariamente esas vidas negadas por el capital. Pero al mismo tiempo el cuidado es un factor que contribuye a profundizar el malestar y la pobreza de las mujeres que se ocupan de su provisión, convirtiéndolas en dispositivos encargados de mitigar las consecuencias más escandalosas de un orden económico excluyente. Por esta razón, recurriendo a ese antiguo término recuperado por Derrida (1997), el cuidado podría ser entendido como una suerte de *pharmakon* para la pobreza, vale decir, como un remedio para sostener y dar continuidad a la vida, pero también como un veneno que en las condiciones actuales desgasta el cuerpo y el ser de las mujeres. Una de las tareas políticas urgentes de nuestro tiempo es por tanto transformar la forma en que actualmente se organiza el cuidado para que su función sanadora y reparadora del mundo prevalezca sobre cualquier otra.

9 El término “zonas de sacrificio” es utilizado por los movimientos de justicia ambiental para designar territorios donde se instalan emprendimientos industriales que producen daños y riesgos ambientales. Estos lugares son abandonados a las dinámicas del capital sin control público. Sus prácticas producen efectos contaminantes que deterioran la salud de la población que vive allí. Véase Bullard (1992).

Bibliografía

- Badgett, L. y Nancy F. (1999) “¿Quién cuida a los demás? Normas sociosexuales y consecuencias económicas”. *Revista Internacional del Trabajo* N° 3, Vol. 118, pp. 347-366.
- Batthyány, K. (2009) “Cuidado de personas dependientes y género”, en Aguirre, R. *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*, pp. 87-123. Montevideo: UNIFEM.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2015) *Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados no Remunerados en Salud*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bullard, R. (1992) “Dumping in Dixie: Race, class and environmental quality”. *Ecology law quarterly* Vol. 19, N° 3, pp. 591-609.
- BASE IS X. (1992) *Taller “Salud popular”*. Asunción: BASE IS.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). (2009) *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008*. Asunción: CEPEP.
- Davis, M. (2004) “Planeta de ciudades miseria. Involución urbana y proletariado informal”. *New Left Review* N° 26, pp. 5-34.
- Derrida, J. (1997) *La disseminación*. Madrid: Espiral.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. eds. (2012) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES.
- Esteban, M.L. (2004) “Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales”, en *Congreso Internacional Sare 2003: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”*, pp. 63-84. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer.
- Esteban, M.L. (2017) “Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología”. *Quaderns-e* N°22, pp. 22-48.
- Giménez, E. et al. (2017) “Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay”, en *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, Vol. 15, N° 3, pp. 64-72.
- Gutiérrez, A. (2007) *Pobre, como siempre*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- Hardy, C. (1987) *Organizarse para vivir. Pobreza urbana y organización popular*. Santiago: Programa de Economía del Trabajo.
- Harvey, D. (2014) *Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Buenos Aires: Ediciones Akal.
- Himmelweit, S. (2007) “The prospects for caring: economic theory and policy analysis”. *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 31(4) (2007), pp. 581-600.
- Imas, V. (1993) *La problemática de los asentamientos espontáneos de las zonas inundables de Asunción. Una propuesta de solución*. Asunción: BASE ECTA.
- Izquierdo, M.J. (2003) “El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género” Vol. 10, pp. 70-82.
- Lomnitz, Larissa *Cómo sobreviven los marginados*. México DF: Editorial Siglo XXI, 2003.

- Menéndez, E. (1990) *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología.
- Menéndez, E. (2005) “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. *Revista de Antropología Social* N° 14, pp. 33-69.
- Monte Domeq, R (2003) “Paraguay”, en Tucci, C. y Bertoni, J.C. *et al. Inundações urbanas na América do Sul*, pp.325-378. Porto Alegre: Associação Brasileira de Recursos Hídricos.
- Morínigo, J. (1998) “Modernización económica y proceso de urbanización”, en Caballero Merlo, J y Céspedes Ruffinelli, R. comp. *Realidad social del Paraguay*, pp. 313-321. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción” y Centro Interdisciplinario de Derecho Social y Economía Política.
- Morínigo, J. y Barrios F. (1984) “Crecimiento urbano y pobreza en Asunción”, en Sociedad de Análisis, Estudios y Proyectos (SAEP) *Ciudad y vivienda en el Paraguay*, pp. 110-148. Asunción: Sociedad de Análisis, Estudios y Proyectos.
- Rodríguez Enríquez, C. (2015) “Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad”. *Nueva Sociedad* N° 256, pp. 30-44.
- Thomas, Carol (2011) “Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, en *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, pp. 145-176. Madrid: Catarata.
- Vásconez, Alison (2012) “Reflexiones sobre economía feminista, enfoques de análisis y metodologías: Aplicaciones relevantes para América Latina”, en *La economía feminista en América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates en la región*, compilado por Valeria Esquivel, 98-140. Santo Domingo: ONU Mujeres.

**Una interpretación clínica
sobre la calidad de vida y salud
de niños y niñas que viven en el
Bañado Sur de Asunción**

Raquel Escobar

3

Prólogo

Hacía como 20 años que no iba al Bañado Sur. En aquella época, cuando era pediatra del dispensario de salud del barrio San Cayetano, tomaba la línea 6 de ómnibus, que me llevaba por Santa Ana. Ahora fui siempre con el 12 entrando, por Republicano. La mayoría de los viajes coincidí con estudiantes que se dirigían al campus de la Universidad Católica. La parada inmediatamente anterior a la mía era la suya; y al sentir que tocaban el timbre ya aprestaba mis cosas para bajar en la siguiente y última. A partir de allí empezaba el desdoblamiento gradual y progresivo de la realidad en dos mundos paralelos. Abandonaba uno para entrar al otro mientras descendía por la angosta y empinada escalera de cemento ubicada en las inmediaciones de las calles 36 proyectada y Ciudad de Chiva. Este pasaje me conducía a otro territorio: Al que se inunda cuando el río crece. Enseguida identifiqué las referencias y accidentes que antes me servían como carta de navegación en esa geografía tan caótica, móvil, cambiante; y me sentí a gusto como antaño caminando por las calles y reencontrándome con la gente del Bañado. El imponente vertedero de Cateura ocupa el horizonte –visual y olfatorio– con sus miles de *yryvu* y cara cara¹ dibujando círculos en su cielo; el Cerro Lambaré que marca el límite sur de la capital; los arroyos corriendo a engrosar al Río Paraguay en su camino al Río de la Plata, arrastrando consigo toneladas y toneladas de basura, que se desbordan y desparraman por todos lados; Caracolito siempre saturado de aráceas gigantes; los puentes en arco de madera y chapas, lugares de encuentro y paso entre los barrios bañadenses (micro territorios de características propias), casi siempre en mal estado y tan altos que permiten apreciar mejor –mientras se los cruza con cautela– cuánta basura corre, cuánta queda varada y lo que llevan en sus entrañas. Reencontré a dos viejos *yvapovo*, resistiendo generosos con su follaje; las escuelas de Fe y Alegría; los dispensarios; los comedores colectivos; la costa del río; los parches aislados de pequeños bancos de arena y lagunas preñadas de camalotes, con alguna que otra garza buscando caracoles o algún *mbigua* entre las apretujadas viviendas; achiras libres y en planteras salpicando colores entre el cartón, el eternit y el plástico. Un mundo que late a espaldas del resto de Asunción. Tuve la alegría de poder visitar y volver a interactuar con niños y niñas del Bañado Sur acompañando al equipo de la investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción”. Este trabajo pretende ser un registro y una interpretación de lo que la inequidad social inscribe en sus cuerpos.

1 Cuervos y caranchos, en guaraní.

1 | Introducción

*“En las profundas desigualdades en la crianza de los chicos
está el germen de una sociedad de castas.
De una sociedad sin libertad real de movilidad social”
(Colombo, 2007).*

Para tener calidad de vida y buena salud deben darse una serie de procesos bajo determinados requisitos a lo largo de la vida de las personas y de sus sucesivos ciclos biológicos, de tal manera que en cada momento se alcance el máximo grado posible de capacidad funcional y de autonomía.

Estos procesos, que son multidimensionales y complejos, transcurren en escenarios que difieren según los momentos históricos, la geografía, la cultura, el ambiente y la posición ocupada en la estructura económica. Es por ello que las personas y los colectivos humanos mueren y se enferman de diferentes maneras y con distintas frecuencias o experimentan grados de discapacidad o dependencia que pueden bajar o subir también de manera diferencial.

No es posible concebir la enfermedad como la consecuencia de un solo agente causal, sino como la consecuencia de una forma de vivir y devenir en el mundo. Ahora bien, esta forma de vivir muchas veces no es producto de una elección libre, sino que está impuesta por un modelo productivo que determina alternativas diferenciadas para las personas según su posición en el entramado de relaciones sociales. Existe así en el proceso salud enfermedad una interconexión entre lo general, lo particular y lo individual (Breilh, 2013).

Cada individuo es único e irrepetible y en su ontogenia² transita por ciclos de vida en situaciones anatómicas y funcionales propias. Estos ciclos de vida no se suceden uno tras otro de manera lineal en un tiempo fijo y de una manera predeterminada, sino que se configuran de manera accidentada y dinámica en cada individuo según sus circunstancias de vida. A su vez, el paso de un ciclo a otro se da como un tiempo de transición donde deben ocurrir ajustes, giros y cambios buscando el equilibrio y la mejor respuesta al afuera. Cada ciclo vital introduce el ciclo siguiente, habilitándolo

2 Ontogenia es la formación y desarrollo individual de un organismo, desde la fecundación de un cigoto durante la reproducción sexual hasta su senescencia pasando por todos sus ciclos de vida (Afifi A, Bergman 2006).

o deshabilitándolo en mecanismos adaptatorios y compensatorios para vivir la vida (Halfman, Hochstein, 2002).

Si bien cada uno de estos ciclos prepara al siguiente, el de la infancia³ es el que imprime con mayor fuerza la trayectoria que seguirán los demás. La infancia constituye un proceso plástico y veloz de crecimiento y desarrollo con el objetivo de que cada persona llegue a la autonomía de la edad adulta partiendo de la total heteronomía o dependencia al nacer.

Para que esto suceda, toda persona durante la infancia necesita ser cuidada. En la acepción elemental del término, los cuidados consisten en actividades de apoyo dirigidas a otra persona para que ésta pueda realizar algo que no puede hacer por sí misma. En el caso de los niños y niñas, ello implica brindarles estabilidad emocional, nutrición de alimentos, información y estímulos, abrigo y cobijo, protección y guía en ambientes seguros y libres de contaminación ambiental.

Los periodos por los que atraviesa la infancia son extremadamente sensibles a la experiencia, y durante dichas etapas la exposición a factores ambientales negativos es más nociva para la salud inmediata y a largo plazo de cada individuo que en sus otros ciclos de vida (Buttha, Anand, 2002). Un ambiente particularmente negativo y nocivo para que un niño o niña crezca sanamente y se desarrolle en todo su potencial es el de la pobreza (Colombo, 2007). Esta situación en parte está referida a la incapacidad para producir ingresos monetarios suficientes para poder obtener bienes básicos para la subsistencia. Pero la pobreza también debe ser comprendida desde una perspectiva multidimensional, considerando el acceso a servicios públicos, a un determinado estándar de vida, al control o no que se tenga sobre recursos clave, al gozo o no de independencia, seguridad económica y tiempo disponible entre otras dimensiones (Spiker, 1999). En la medida que cada ciclo vital tiene características y necesidades específicas, las dimensiones a considerar deben contextualizarse. Bruno y Osorio (2015) realizaron una medición directa multidimensional de la pobreza de niños y niñas en Paraguay y encontraron que del total de niños y niñas menores de 17 años el 56% tiene pobreza infantil multidimensional⁴.

3 La infancia abarca desde los 0 a 19 años. Se divide a su vez en periodos o etapas: prenatal (0 a 40 semanas de vida intrauterina), neonatal o de recién nacido (los primeros 28 días de vida fuera del útero), de lactancia (0 a 2 años), pre escolar (más de 2 años y menos de 5), escolar (5 años a menos de 10) y adolescencia (10 a menos de 19 años) (UNICEF, 2013).

4 Para realizar la medición utilizaron indicadores de privación en nutrición, agua, excretas, vivienda, educación e información tomando datos de la DGEEC 2011 – 2012.

Igualmente, considerando la dimensión económica, los datos acerca de la infantilización de la pobreza son alarmantes. Según los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares 2016 (DGEEC, 2016), se registra como promedio un 28,86% del total de la población paraguaya en situación de pobreza y 5,73% en pobreza extrema⁵. Sin embargo, si consideramos la franja etaria de las personas pobres, se devela que la población de niños y niñas menores de 10 años es proporcionalmente más pobre que la población mayor de 10 años y adulta. El 40% del total de niños y niñas menores de 10 años en Paraguay es pobre, mientras que el 9% es pobre extremo (DGEEC, 2016).

Si además de la edad consideramos el territorio, encontramos que en el área rural la pobreza está más extendida y es más profunda y severa que la del ámbito urbano. No obstante lo dicho, la pobreza urbana alcanza también situaciones críticas sobre todo en los denominados *cinturones de pobreza* existentes en ciudades como Asunción, Ciudad del Este, Encarnación y otras. En Asunción, el Bañado Sur, el Bañado Norte, Tacumbú y la Chacarita son territorios colindantes al río Paraguay que bordean y delimitan a la ciudad constituyéndose en cinturones de exclusión social en donde la población pobre se concentra.

El Bañado Sur es un suburbio ubicado en la periferia suroeste de Asunción que se encuentra a 20 minutos del centro de la ciudad, abarca menos de 300 hectáreas y forma parte de este sistema de barrios y asentamientos irregulares situados en zonas potencialmente inundables sobre la ribera del río (Galeano Monti, 2014).

Además de pobreza, en estos territorios se concentra población infantil. En los barrios del Bañado Sur, hay una mayor cantidad de personas menores de 14 años (29,7%) que en el conjunto de Asunción (22,6%). Esta mayor proporción de población infantil en el área de los bañados podría explicarse considerando por un lado que en Paraguay la tasa de fecundidad es más elevada en los estratos más pobres de la población, y por otro que el área bañadense fue poblada de modo relativamente reciente en comparación con otros barrios de Asunción (Dobrée, 2017).

5 Se define como población pobre a aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de bienestar (medido a través del ingreso) es inferior al *costo de una canasta básica de consumo* constituida por el conjunto de bienes y servicios que satisfacen ciertos requerimientos mínimos, tanto alimentarios como no alimentarios. El costo de esta *canasta básica de consumo* se denomina *línea de pobreza total (LPT)*. La línea de pobreza total (LPT) se construye estimando primero el costo de una *canasta básica de alimentos* cuyo contenido calórico y proteico satisfaga los requerimientos nutricionales de la población y luego se le añade el costo de la canasta básica no alimentaria, compuesta por otros bienes y servicios esenciales, relacionados con la vivienda, vestido, educación, entre otros. El costo mensual por persona de la canasta básica de alimentos se denomina *línea de pobreza extrema (LPE)*. Se define como población en pobreza extrema al conjunto de personas que viven en hogares cuyos ingresos *per cápita* son inferiores al costo de una canasta básica de alimentos (DGEEC, 2016).

Ante la concentración de pobreza y de población infantil en territorios con una enorme discriminación estructural y social, pueden formularse las siguientes preguntas: ¿Cómo están estos niños y niñas?; ¿pueden ejercer sus derechos⁶?; ¿cómo crecen y se desarrollan?; ¿reciben suficientes cuidados y atención?; ¿cuál es su estado de salud?

El objetivo del presente trabajo ha sido realizar una aproximación diagnóstica integral a la salud y calidad de vida de niños y niñas que viven en el Bañado Sur de Asunción interpretando el estado de su crecimiento y desarrollo. A través de visitas periódicas en sus domicilios recabamos *in situ* durante 12 meses la mayor cantidad de información posible sobre sus condiciones de vida y de salud. Los hallazgos y las interpretaciones al respecto se organizan en tres apartados: crecimiento, desarrollo y aspectos transversales a ambos.

Como personas adultas que integramos esta sociedad en su conjunto somos responsables de velar por el bienestar de todos los niños y niñas que viven en el territorio paraguayo, para ello tenemos la obligación de conocer la situación en la que se encuentran y transformarla si fuera necesario.

2 | Objetivo del estudio

A partir de las consideraciones realizadas en la introducción acerca de la infantilización de la pobreza, del impacto que tiene en la salud de los niños y niñas y de la trascendencia que tiene la infancia para el resto de la vida de cada individuo, con este trabajo nos propusimos realizar una aproximación diagnóstica integral a la salud y calidad de vida de niños y niñas que viven en el Bañado Sur de Asunción interpretando el estado de su crecimiento y desarrollo.

Los objetivos específicos del estudio fueron profundizar en la comprensión y constatación del contexto inmediato donde estos niños y niñas crecen y se desarrollan; y analizar la perspectiva dinámica y en movimiento de su crecimiento y desarrollo como indicadores de su salud y calidad de vida.

6 La Convención de los Derechos del Niño (CDN) contiene 40 artículos que describen los derechos de la niñez. Se ordenan en derechos sociales (a la vida, calidad de vida, salud, educación juego, familia, protección); derechos económicos (adecuado estándar de vida para un desarrollo pleno, seguridad social, protección contra la explotación económica); derechos de protección (interés superior del niño, no a la explotación sexual, a los conflictos armados, a la violencia, abuso); derechos culturales (respetar su lenguaje, cultura, religión); derechos civiles y políticos (ser escuchado, considerado, no a la discriminación, identidad, asociación). El Paraguay ratificó esta convención mediante la Ley N° 57/90 promulgada el 20 de setiembre de 1990.

3 | Marco metodológico

Durante el tiempo comprendido entre agosto del año 2016 a agosto del año 2017 visitamos a 24 familias de cuatro barrios del Bañado Sur.

Las familias fueron seleccionadas según criterios establecidos en el marco más amplio de la investigación. Básicamente se tuvo en cuenta para su selección: que sean representativas de diferentes modelos familiares, que sean de diferentes barrios del Bañado Sur y que acepten recibirnos en sus casas de manera voluntaria.

Para poder estudiar la tendencia del crecimiento y desarrollo establecimos como criterio de selección a todo niño o niña que haya estado presente en su hogar durante al menos dos visitas; que haya permitido que se le realice exámenes generales (con aprobación y colaboración de quienes se encargan de su cuidado); y que cuente con suficientes registros antropométricos como para dibujar su curva de crecimiento (aunque más no sea en un tramo).

Aunque el crecimiento y el desarrollo no ocurren como fenómenos separados sino que juntos se refieren a la maduración del organismo como un todo (Cusminsky y otros, 1994) y si bien son procesos que se superponen y suman, tienen sus características particulares y permiten ser explorados para su vigilancia con herramientas propias. Con la vigilancia del crecimiento y desarrollo se busca realizar un diagnóstico evolutivo y detectar lo más precozmente posible problemas para la toma oportuna de decisiones e intervenciones. La vigilancia requiere de observaciones y evaluaciones periódicas, seriadas e individuales a cada niño o niña, para luego comparar los resultados con grupos de referencia. Esto es posible ya que, por más que cada niña o niño es único e irrepetible, en su paso por las diferentes etapas evolutivas comparte características con sus congéneres de similar nivel de crecimiento y desarrollo.

Obtuvimos los datos recorriendo los barrios del Bañado Sur, observando el entorno y las personas y conversando detenidamente con las familias y con los niños y niñas que tenían ganas (o curiosidad). Además realizamos exámenes físicos generales a quienes lo permitían (sin retirar del todo sus ropas), utilizando las guías y manuales de vigilancia del crecimiento y desarrollo más abajo descritos, y revisamos exhaustivamente todos los expedientes de salud que estaban disponibles en el hogar.

Entre los expedientes de salud que esperábamos encontrar en las casas en particular nos interesaba la “Libreta de salud del niño y la niña” (MSPBS, s.f.), debido a que es un instrumento oficial concebido para la vigilancia del crecimiento y desarrollo de cada niño o niña en particular bajo la responsabilidad conjunta del personal de salud

y las familias. Registramos los hallazgos en fichas familiares e individuales diseñadas para tal efecto.

Hicimos visitas previas a las 2 Unidades de Salud de la Familia (USF)⁷ ubicadas en los territorios donde se desarrolló el trabajo de campo. El fin de estas visitas fue presentarnos e informarles de nuestra investigación, acordar eventuales remisiones y saber qué medicamentos disponían en caso de detectar necesidades específicas. A lo largo del estudio fuimos visitando a estos servicios para comentar los hallazgos más urgentes.

Para resguardar la identidad de las familias y personas con quienes interactuamos no se menciona el nombre de los barrios visitados y los nombres de los niños y niñas han sido cambiados.

3.1 | Medición del crecimiento

El crecimiento puede ser medido con sistemas métricos decimales (gramos, kilos, centímetros, metros), ya que es un fenómeno cuantitativo que implica aumento progresivo de masa y tamaño. Se ha demostrado que los niños y niñas de todas partes del mundo crecen con patrones similares cuando sus necesidades de salud, nutrición y cuidados son satisfechas. Por ello los estándares de crecimiento son universales (OMS, 2008). Las curvas de crecimiento que se utilizan en Paraguay y a nivel mundial provienen del “Estudio multicéntrico de referencia de crecimiento” de la OMS del año 2006 (OMS, 2008).

Los indicadores de crecimiento que se utilizaron son:

- Para niños y niñas de 0 a 2 años: Peso para la edad, peso para la longitud y circunferencia cefálica para la edad (este indicador se utiliza hasta los 3 años).
- Para niños y niñas de 2 a 5 años: Peso para la talla y talla para la edad.
- Para niños y niñas mayores de 5 años: Índice de masa corporal (IMC)⁸ para la edad.

Las deficiencias o excesos en los índices antropométricos son interpretados como mal nutrición y, según la relación entre los índices entre sí y con la edad, pueden ser clasificados como: riesgo de desnutrición global, desnutrición global, riesgo de

7 Las Unidades de Salud de la Familia (USF) son los establecimientos de salud donde se desarrolla la atención primaria y ambulatoria más próxima de la comunidad (UNICEF, 2013)

8 El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la estatura en metros al cuadrado (kg/m²).

talla baja, riesgo de desnutrición aguda, desnutrición aguda, crecimiento adecuado y sobrepeso u obesidad. Esta clasificación es sumamente útil para orientar acciones inmediatas, más allá de las necesarias que deberán hacerse para establecer diagnósticos etiológicos. Estos indicadores se pueden interpretar utilizando la “Tabla de interpretación de indicadores de evaluación nutricional en menores de cinco años, escolares y adolescentes” (INAN, s.f. a).

El peso al nacer es otro indicador de crecimiento (muy sensible a cambios sociales, económicos y sanitarios) que manifiesta en su conjunto la calidad de vida de una población. El peso al nacer refleja el crecimiento intrauterino que está determinado por múltiples factores: nutrición materna; características propias del feto; factores genéticos y hormonales; eventuales patologías del embarazo; tabaquismo; ingesta de alcohol; factores ambientales; disponibilidad de servicios sanitarios oportunos y de buena calidad (Loaiza S., Atalah E., 2009). De acuerdo con Serrano y Puffer (1975), el peso al nacer puede ser clasificado como:

- Bajo peso al nacer⁹: Recién nacidos con peso inferior a 2500 gramos.
- Peso insuficiente al nacer: Recién nacidos con peso igual o mayor a 2500 gramos e inferior a 3000 gramos.
- Peso adecuado al nacer: desde 3.000 y hasta 4.000 gramos
- Peso excesivo: por encima de 4 kilos

Otro indicador de crecimiento utilizado es la medición de la circunferencia abdominal. Esta medida es una importante herramienta para evaluar el depósito de grasa abdominal, el cual se asocia con riesgo cardiovascular y metabólico. Es sencilla de medir y no requiere de instrumentos costosos. Por este motivo es una buena herramienta de diagnóstico y seguimiento clínico para pacientes obesos adultos y pediátricos. Existen varios estándares de referencia de circunferencia de cintura realizados en niños y niñas de distintas edades y poblaciones. Para este estudio se consideró la “Tabla de referencia de cintura media de Freedman y colaboradores del estudio Bogalusa” (Sociedad Argentina de Pediatría, 2013).

9 El bajo peso al nacer puede implicar que el bebé nació antes de término y ser adecuado para la edad gestacional con la que el bebé nació o que el bebé haya nacido de término y reflejar entonces desnutrición intrauterina. Además el bajo peso puede clasificarse en muy bajo peso al nacer entre 1.000 gramos a 1.499 gramos o en extremado bajo peso al nacer entre 500 y 999 gramos (MSPBS c, 2016)

3.2 | Medición del desarrollo

En el caso del desarrollo, la medición se torna más difícil, pues implica procesos subjetivos diferentes en cada niño y niña, procesos de aprendizaje con sus modos, ritmos y tiempos en relación al mundo exterior, que es social y cultural. Las comparaciones entre lo medido o evaluado en el desarrollo infantil de cada niño o niña, por estas razones, deberían hacerse con grupos de referencia con quienes se compartan hábitos de crianza y cultura.

Paraguay carece de tablas de referencia construidas con niños y niñas que viven en el país. Por eso, utiliza referencias regionales en guías adaptadas para su uso local¹⁰, lo que es posible considerando que existen patrones de desarrollo propias de la especie que posibilitan conocer qué esperar del niño o niña, cuándo esperarlo y a qué edad aproximadamente los diferentes logros del comportamiento evolucionarán a conductas más complejas (Cusminsky y otros, 1994).

El desarrollo supone cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños y niñas, sin importar la cultura en la que crezcan, y transformaciones y procesos que son individuales e influenciados por el contexto (Mussen y col., 1995). El desarrollo infantil se evalúa en grandes áreas o dimensiones que habitualmente son la motora (gruesa y fina), la del lenguaje, la social emocional y la cognitiva. Estas áreas se ordenan para su evaluación en manuales y guías de vigilancia que contemplan hitos o pautas de cumplimiento para diferentes rangos de edad. Las guías de vigilancia¹¹ del desarrollo permiten clasificar al niño o niña según distintas categorías: con desarrollo normal o adecuado; con factores de riesgo o rezago; con sospecha de desviación del desarrollo típico o probable retraso del desarrollo.

Como el desarrollo infantil es el resultado de una interacción entre las características biológicas del niño o niña y las del contexto donde se desarrolla, situaciones adversas en las áreas biológica o ambiental pueden alterar el ritmo normal del desarrollo y constituirse en un riesgo.

Los factores de riesgo biológico son eventos pre, peri y/o post natales que producen daños en el organismo y que pueden aumentar la probabilidad de daño en el de-

10 Para que sea de más fácil aplicación por el personal de salud y de mejor entendimiento para la población en general, los instrumentos regionales o de otras partes del mundo sufren adaptaciones locales según las modalidades del lenguaje propias de cada país o región.

11 Además de la vigilancia se recomienda aplicar otras pruebas de tamizaje o pesquisa a la población infantil en general y a la que presente factores de riesgo en particular, a determinadas edades. Las escalas o tests de tamizaje o pesquisa son instrumentos de evaluación del desarrollo destinados a diferenciar de una manera rápida y sencilla, niños y niñas normales de aquéllos/as con posibles anomalías del desarrollo. No son instrumentos diagnósticos.

sarrollo. Ejemplo de ello son la prematuridad, hipoxia cerebral, meningitis, desnutrición y ciertas infecciones virales. Otras descripciones de los factores de riesgo nombran como “riesgo biológico establecido” a desórdenes médicos definidos, en especial los de origen genético o cromosómico (por ejemplo, errores innatos del metabolismo, malformaciones congénitas, síndrome de Down). Por su parte, las experiencias adversas de la vida en relación a la familia, el medio ambiente y la sociedad son consideradas como riesgos ambientales o socioambientales. Entre estos factores estarían la pobreza y la exclusión social (OPS, s.f.).

Como los instrumentos de vigilancia no son instrumentos diseñados para precisar el tipo o grado de retraso, el resultado del fracaso en una evaluación de vigilancia solo brinda un elemento de sospecha que debe luego ser sometido a pruebas o test diagnósticos.

Para la vigilancia del crecimiento y el desarrollo infantil de manera integral se dispone en Paraguay de la “Guía para la atención de la salud integral de la niñez, adolescencia y madre embarazada. Vigilancia del crecimiento y desarrollo de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (MSPBS-AIEPI, 2013) y el “Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud” (MSPBS- Programa DIT, 2016). Estos instrumentos fueron los utilizados en este estudio, además de la “Tabla de interpretación de indicadores de evaluación nutricional en menores de cinco años, escolares y adolescentes” (INAN, s.f. a).

3.3 | Obtención de datos familiares y socio demográficos

La obtención de estos datos se realizó aplicando un instrumento diseñado en base a las herramientas mencionadas en los tópicos anteriores (AIEPI, Programa DIT).

3.4 | Limitaciones metodológicas

Nos encontramos con varias limitaciones para recabar los datos que pretendíamos. Por un lado limitaciones en el tiempo y en la ocasión. Nos faltó tiempo para poder seguir en detalle la evolución del crecimiento y el desarrollo de todos los niños y niñas que encontramos en las casas que visitamos. Las madres que nos recibieron también tenían límites de tiempo, ya que lo hacían en medio de sus tareas de cuidados y del hogar. Muchas tenían además despensas que atender o ropa ajena que lavar. Otras nos recibían acabando de llegar de sus jornadas laborales o preparándose para ir a trabajar.

La velocidad con la que transcurren los acontecimientos familiares (nuevos embarazos, nacimientos, enfermedades, internaciones, muertes, accidentes, mudanzas, separaciones, uniones, pujas, alianzas, extravíos y pérdidas) imponía un ritmo vertiginoso, truncaba muchos de los encuentros y exigía actualizaciones de los datos familiares y de contexto una y otra vez. Por otro lado, también tuvimos limitaciones con el espacio físico, las viviendas son muy pequeñas, con poco espacio para la circulación y sin condiciones de privacidad. Esto limitó el reclutamiento voluntario de los chicos y chicas más grandes, y obligó a un examen físico somero y del desarrollo muy grueso en quienes estuvieron dispuestos. Con dificultad conseguíamos un lugar donde sentarnos para poder conversar y prácticamente no encontramos mesas y espacios libres disponibles donde medir y palpar a lactantes y aún menos espacios de privacidad donde abordar a preescolares, escolares y adolescentes.

Los intervalos que transcurrían entre una visita y otra a una misma familia eran inciertos puesto que dependían de una serie grande de variables tales como la presencia o no de lluvia, el estado de accesibilidad a las viviendas, la disponibilidad de tiempo por parte de las familias o las emergencias e imprevistos que les surgían. Esto trajo como consecuencia que no pudiéramos medir la velocidad del crecimiento en ninguno de los chicos ni chicas. Además hizo que en muchas ocasiones el periodo de tiempo entre una y otra visita fuera relativamente corto como para volver a tomar la talla (en los mayores de 2 años), y que en otras ocasiones el periodo se hiciera tan largo como para perder de vista a algunas familias (ya sea porque se mudaron, se desmembraron, se fueron más lejos, ya no pudimos conseguir citas o por otros motivos) hasta que el tiempo de recolección de información del estudio llegó a su fin.

4 | Descripción e interpretación de los hallazgos

Durante un periodo de 12 meses registramos a 117 niños y niñas menores de 19 años integrantes de las 24 familias visitadas. En 17 familias pudimos recabar los datos mínimos necesarios para incluir al menos a uno o dos de sus niños y/o niñas. En las 7 familias restantes no se pudo contar con los datos indispensables o las condiciones para la evaluación y el análisis.

Del total de 116 niños y niñas registrados, solo 25 reunieron los criterios de inclusión. La proporción entre niñas y niños fue de 56% y 44 % respectivamente en el grupo que se tomó como referencia para el estudio. En cuanto al grupo que quedó por fuera, la proporción fue muy parecida: 57% de niñas y 43% de niños.

Tabla N° 1. Total de niños y niñas registrados durante las visitas por cumplimiento o no de criterios de inclusión, según etapas de la infancia

Etapas de la infancia	Registrados	Con criterios de inclusión	Sin datos suficientes
Recién nacidos	3	3	0
Lactantes	22	13	9
Pre escolares	19	5	14
Escolares	28	3	25
Adolescentes	44	1	43
Total	116 (100%)	25 (22%)	91 (78%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

El mayor número de niños y niñas con datos suficientes y que estaba presente durante las visitas fue del grupo de menores de 2 años. Esto era de esperarse ya que las criaturas pequeñas necesitan de cuidados permanentes en el hogar (lastimosamente no pudimos estudiar la disponibilidad de guarderías). Además, como a esta edad realizan más a menudo visitas a los servicios de salud (para consultas y/o vacunación), en las casas se encuentran sus datos y registros más fácilmente (ya sea del prenatal, la libreta de salud, el carnet de vacunas, estudios laboratoriales recientes, indicaciones médicas, cuadernitos de alta que les redactaron en los hospitales, entre otros).

Como contrapartida, cuanto más edad tenían los niños y niñas de las viviendas visitadas, menos accesibles estaban y menos registros suyos existían. Solo al 5,5% de los 72 escolares y adolescentes cuyas viviendas visitamos pudimos incluir en el estudio.

A 68 escolares y adolescentes (94,5%) no pudimos estudiar, ya sea porque no tenían condiciones o porque no estaban en sus casas en ese momento o se encontraban ocupados. A otros los cruzábamos mientras deambulaban por la calle en pandillas con radios pegadas por turno a sus oídos con reggaetón sonando a todo volumen. Un adolescente nos contó orgulloso (mientras se preparaba para ir a su entrenamiento) que estaba en la selección nacional juvenil de fútbol y que incluso había salido en la revista dominical de un diario de gran circulación. En una de las viviendas, habían 2 adolescentes y un joven durmiendo después de haber trabajado toda la noche y madrugada juntando y clasificando basura; en otras dos casas vimos a adolescentes trayendo basura para clasificar en la casa y/o cartones (a pie y conduciendo un motocarro).

Los registros antropométricos y de salud actualizados de escolares y adolescentes (incluso también de pre escolares) a quienes visitamos eran escasos, esporádicos, erráticos, casi inexistentes, y los que seguramente se tomaron cuando fueron lactantes estaban en su mayoría perdidos, destrozados, borroneados o tragados por el agua durante alguna inundación.

El hecho es que a medida que se van poniendo más grandes cada vez tienen menos controles de salud, y cuando llegan hasta algún personal de salud es porque ya tienen alguna enfermedad o problema. Quienes reunieron los criterios representan la punta de un iceberg, ya que los chicos van siendo expulsados por la propia dinámica del sistema, sobre todo a medida que crecen.

A continuación se presenta su distribución por sexo, edad y ciclo o etapa de la infancia en la que estaban al iniciar el estudio.

Tabla Nº 2. Niños y niñas incluidos en el estudio por sexo, según edad en años y ciclo de la infancia en el que se encontraban al inicio del estudio y sexo

Edad en años	Ciclo de la infancia	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
0 2 años	Recién nacidos	1	2	3	64%
	Lactantes	4	9	13	
Más de 2 menos de 5	Pre escolares	4	1	5	20%
5 a menos de 10	Escolares	2	1	3	12%
10 a menos de 19	Adolescentes	0	1	1	4%
Total		11	14	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Para ordenar los hallazgos y su interpretación a continuación se agrupan en tres tópicos: crecimiento, desarrollo y dimensiones transversales a ambos.

4.1 | Crecimiento

Como ya hemos mencionado antes, en los hogares visitados encontramos más registros antropométricos de lactantes que de niños y niñas de otras edades.

Pudimos medir, sin embargo, la talla de algunos pre-escolares, escolares y adolescentes en el domicilio. No pudimos medir la longitud de quienes tenían menos de 2 años cuando no encontrábamos este dato entre sus registros de salud debido a que no disponíamos de las condiciones físicas necesarias para hacerlo con el rigor necesario (la medición debe ser en posición acostada sobre una superficie firme). Esto limitó las posibilidades diagnósticas sobre todo para identificar lactantes con sobrepeso u obesidad que no tenían medición de su longitud (como fue el caso de un lactante que lucía obeso y para quien lo ideal hubiese sido establecer la relación del peso con la longitud).

En Jorge, un escolar que luego pasó a ser adolescente, medimos de manera seriada, además de la talla, su circunferencia abdominal, ya que lucía con sobrepeso y hacía años que no se pesaba. En los menores de tres años, determinamos también la circunferencia cefálica que se comentará en el apartado dedicado al tema del desarrollo.

Las mediciones de peso y talla que obtuvimos no fueron precisamente tomadas en simultáneo, por lo que no pudimos cuantificar la desnutrición aguda, aunque la curva de peso de varios de los lactantes era dentada, subiendo y bajando entre el límite del puntaje deseado y el de riesgo.

Del total de 25 niños y niñas en quienes estudiamos, la tendencia de su crecimiento a lo largo del tiempo que llevó el estudio encontramos lo siguiente:

- Al comenzar el estudio, 17 niños y niñas (68% del total) estaban con crecimiento adecuado y 8 con malnutrición (32% del total).
- Con el paso de los meses, las tendencias de sus crecimientos fueron tales que al finalizar el estudio encontramos 12 niños y niñas con crecimiento adecuado (48% del total) y 13 con malnutrición (52 % del total).

Tabla N° 3. Interpretación de los resultados de antropometría encontrados en los 25 niños y niñas al inicio y al final del estudio

Edad	Indicador	Interpretación	Al empezar	Al terminar
Menores de 2 años	Total de menores de 2 años		16	14
	P/E	Desnutrición grave	0	0
		Desnutrición moderada	0	2
		Riesgo de desnutrición	5	4
		Crecimiento adecuado	11	8
	T/E	Desnutrición crónica o talla baja	0	2
		Riesgo de talla baja	0	5
		Talla normal	11	3
Sin datos de talla		5	4	
2 años a menores de 5 años 2 años a menores de 5 años	Total de pre escolares		5	7
	P/T	Desnutrición grave	0	0
		Desnutrición moderada	0	0
		Riesgo de desnutrición	0	0
		Adecuado	4	5
		Sobrepeso	0	2
		Obesidad	1	0
	T/E	Talla muy baja	0	0
		Desnutrición crónica o talla baja	0	0
		Riesgo de talla baja	0	2
Talla normal		5	5	

Edad	Indicador	Interpretación	Al empezar	Al terminar
5 a 19 años	Total de escolares y adolescentes		4	4
	IMC	Desnutrición grave	0	0
		Desnutrición moderada	0	0
		Riesgo de desnutrición	0	1
		Adecuado	2	1
		Sobrepeso	1	1
		Obesidad	0	0
	T/E	Talla muy baja	0	0
		Desnutrición crónica o talla baja	0	0
		Riesgo de talla baja	0	0
		Talla normal	4	4
	Cia.abdominal	Adecuado	1	0
		Sobrepeso	0	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

El grupo de menores de dos años en su mayoría evolucionó hacia un deterioro de su crecimiento que se manifestó tanto por un aumento de riesgo de desnutrición o de desnutrición moderada como por una alarmante y simultánea afectación de la talla. A diferencia de lo que podría interpretarse en niños o niñas más grandes, en quienes una talla baja para la edad refleja desnutrición crónica, en los menores de 2 años la baja talla para la edad refleja un proceso activo y vigente (O'Donnell A., Carmuega E., 1998).

Se describe que la desnutrición infantil tiende a seguir la siguiente secuencia: un niño o niña comienza a desnutrirse (por alguna razón o situación) perdiendo peso, inicialmente la talla no se ve afectada, pero si la situación adversa continúa, el niño o la niña se adapta interrumpiendo su crecimiento y afectando su talla (Araya, citada por Sanabria y col., 2014). Esta secuencia se evidencia en los casos de este estudio, en el que la mitad de los lactantes terminó con riesgo de talla baja o talla baja, además de desnutrición global o riesgo de desnutrición global.

Si bien el número de la muestra es bajo, solo para tener una idea de la magnitud de la afectación, es preciso considerar que al terminar el estudio habían 14 lactantes (dos ya pasaron al grupo de preescolares), y de este número 28,5% estaba con riesgo de desnutrición global; 14%, con desnutrición global moderada; 35%, con riesgo de talla baja; y 14%, con talla baja. Lamentablemente en 4 lactantes no pudimos obtener su talla, así es que el número de afectados con talla baja o riesgo de talla baja incluso podría ser mayor.

En los reportes de vigilancia nutricional nacional de menores de 2 años que asisten a servicios de salud, la prevalencia de riesgo de desnutrición global es de 19,5% y de desnutrición global es de 5,3%; mientras que la prevalencia de riesgo de talla baja es de 23% y de talla baja, 14,9% (INAN, s.f. b).

En el grupo de preescolares al final del estudio no encontramos desnutrición global, aunque sí sobrepeso (en 2 de 7, 28,5%) y riesgo de talla baja (también en 2 de 7, 28,5%).

En los reportes de vigilancia nutricional nacional de preescolares que asisten a servicios de salud, la prevalencia de riesgo de talla baja es de 20,6% y la de sobrepeso en todos los menores de 5 años que asisten a servicios de salud es de 6,4% (INAN, s.f. b). Como estábamos diciendo, con riesgo de talla baja encontramos 2 preescolares: un niño y una niña. El niño tenía peso adecuado (aunque volveremos sobre él más adelante ya que acababa de terminar un tratamiento contra tuberculosis) y la niña tenía antecedentes de bajo peso al nacer y presentaba sobrepeso, coexistiendo con el riesgo de talla baja.

En Paraguay se registra un aumento preocupante del sobrepeso y la obesidad, tanto en la edad adulta como en la infantil, que convive con deficiencias nutricionales. El país está atravesando una etapa de transición epidemiológica que se caracteriza por un aumento marcado de enfermedades crónicas no transmisibles (como por ejemplo hipertensión, diabetes, dislipidemias), coexistiendo con enfermedades transmisibles y accidentes (MSPBS, 2015 a).

Uno de los niños del grupo de preescolares al inicio del estudio presentaba obesidad, y con el correr de los meses aumentó en talla y mantuvo el peso, presentando una curva de peso y talla en meseta. Aunque en este caso la tendencia fue hacia la del crecimiento deseado, hay que considerar que la ganancia excesiva de peso, sobre todo durante los primeros 6 años de vida, es un factor de riesgo importante para la obesidad en la edad adulta (Loaiza S., Atalah E., 2009).

Si bien no podemos sacar conclusiones con respecto al grupo de escolares y adolescentes por lo reducido de su número, llama la atención que los cambios de creci-

miento ocurridos en este grupo fueron más bien hacia el sobrepeso y la obesidad (2 de 4). Este hallazgo coincide con reportes de vigilancia a nivel nacional en los que encuentran una prevalencia de sobrepeso de 20,2 % y de obesidad de 10,7 % en escolares y adolescentes que asisten a escuelas públicas (INAN, s.f. c).

Otro aspecto a considerar es el peso que tuvieron al nacer. Esta medida refleja la experiencia intrauterina y se destaca como factor determinante de la supervivencia y el desarrollo normal (Serrano C., Puffer R., 1975). En la Tabla N° 4 se presenta los hallazgos de este indicador.

Tabla N° 4. Peso que presentaron al nacer los 25 niños y niñas del estudio

Peso al nacer	Número de niños/as	Porcentaje
Bajo peso (menos de 2.500 gramos)	3	12%
Peso insuficiente (más de 2.500 – menos de 3.000 gramos)	3	12%
Peso adecuado (de 3 a 4 kilos)	16	64%
Peso excesivo (más de 4 kilos)	3	12%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

La prevalencia de bajo peso al nacer a nivel nacional es de 6% de todos los nacimientos (MSPBS-IBS, 2016). Aunque el número total de casos de este estudio es muy bajo para hacer comparaciones, es inquietante que el 12% haya presentado bajo peso al nacer. Es sabido que el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) trae consigo mayores probabilidades de morir durante los primeros meses o años de vida (Serrano C., Puffer R., 1975). Los que sobreviven pueden tener disminuidas las funciones del sistema inmunológico con mayores riesgos de padecer enfermedades infecciosas, lo que a su vez conlleva desnutrición y el ingreso a círculos viciosos de infección, desnutrición, infección. Estas personas igualmente tienen mayores riesgos a tener menores coeficientes de inteligencia y discapacidades cognoscitivas (OMS, 1980). Por otra parte, corren igualmente mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades crónico degenerativas como diabetes, obesidad, hiperlipidemias y diversas cardiopatías (Baker, 2009). Las repercusiones del bajo peso al nacer no sólo se limitan al periodo inmediato de la infancia, sino que pueden continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre la descendencia del/la bebé con bajo peso (Velázquez y col., 2004).

Si bien la atención se pone sobre todo en el bajo peso al nacer, hay que considerar que los recién nacidos con un peso insuficiente comparten las características y desventajas de los recién nacidos con bajo peso. Este grupo presenta una tasa de mortalidad neonatal que es el doble al grupo de peso suficiente, y la mortalidad posneonatal también es significativamente mayor (Serrano C., Puffer R., 1975). En este estudio, el 12% presentó peso insuficiente al nacer.

En el análisis de la situación nutricional de niños menores de 5 años en Paraguay, Sanabria y col. (2014) encontraron mayor prevalencia de desnutrición crónica, desnutrición aguda y desnutrición global en el grupo que nació con bajo peso o con peso insuficiente que en el grupo que nació con peso suficiente. Con respecto a los hallazgos de este estudio, 4 de los 6 niños con bajo peso o peso insuficiente al nacer presentaban al final del estudio riesgo de talla baja.

Como el compromiso nutricional de la madre debe ser muy severo para que afecte al crecimiento fetal, en general el bajo peso al nacer debe ser asociado sobre todo a un control prenatal malo y tardío (O'Donnell A., Carmuega E., 1998). Esto es sumamente importante de destacar ya que el control prenatal permite vigilar el crecimiento fetal para detectar a tiempo amenazas e intervenir.

En el otro extremo, el peso excesivo al nacer trae consigo (además de mayores problemas y complicaciones inmediatas al nacer) mayor riesgo de desarrollar obesidad en la etapa escolar (Olivares y col., citados por Loaiza S., Atalah E., 2009). De los 3 casos con peso excesivo al nacer que encontramos en el estudio, dos aún son lactantes y uno es el adolescente con sobrepeso ya mencionado antes.

4.2 | Desarrollo

Durante las visitas domiciliarias recogimos información acerca de la presencia de signos de alarma y/o de factores de riesgo y pudimos observar a la familia en su funcionamiento cotidiano.

El 100% de los niños y niñas del estudio tienen factores de riesgo social y de riesgo biológico, según los protocolos aplicados del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2011 c y 2016 a)¹².

No encontramos signos neurológicos de alarma ni de sospecha de desviación del desarrollo típico, salvo en la niña escolar Milva, que tiene retraso en el aprendizaje

12 Ver tablas 5, 7 y 10 y cuadro 1 en los anexos

como consecuencia de un daño sensorial acústico temprano (esta niña nació de un parto distócico y presentó encefalopatía hipoxicoisquémica grado 3 al nacer).

Tampoco hallamos niños o niñas con micro o macrocefalia. Encontramos 18 menores de 3 años¹³ a quienes hicimos mediciones seriadas de la circunferencia cefálica, y la tendencia del crecimiento cerebral en todos los casos fue la adecuada (entre -1 y +1 DE).

Sin embargo, pese a no detectarse signos de alarma, no se pueden descartar problemas del desarrollo. Por un lado, porque las pruebas de vigilancia no son diagnósticas; y, por otro, porque los factores de riesgo (sociales y biológicos) encontrados pueden provocar daños detectables en un tiempo futuro, sobre todo en lactantes y preescolares, ya que la maduración de funciones mentales superiores ocurre más tardíamente (Amiel-Tison, 2001). Los hallazgos e interpretaciones realizadas hasta el final del estudio en estos 25 niños y niñas probablemente sean otros si se sometieran a pruebas diagnósticas y de funciones específicas, o si se repitieran en los próximos meses y años. Más aun considerando que los factores de riesgo medioambientales se potencian entre sí y refuerzan su impacto negativo sobre el neurodesarrollo en caso de que persistan en el tiempo.

Es difícil separar factores de riesgo social de factores de riesgo biológico considerando que el desarrollo infantil en cada momento es el resultado del ambiente, el programa genético y la interacción entre ambos (Lejarraga, 2004). El programa genético consiste en un plan donde están las directrices de cómo se va a estructurar el organismo y de cómo van a operar sus sistemas para sobrevivir según el ambiente donde cada individuo está viviendo. Los genes se leen y se expresan en contexto (Jacob, 1999). La plasticidad del desarrollo humano es tal que el genotipo¹⁴ puede dar lugar una variedad de diversos estados fisiológicos y morfológicos en respuesta a diferentes condiciones ambientales durante el desarrollo.

Bronfenbrenner (1979) describe el ambiente (o los ambientes) donde los niños y niñas se desarrollan, como compuestos por una serie de estratos interrelacionados y superpuestos que se influyen unos a otros¹⁵. Si partimos del propio niño o niña y

13 Los tres primeros años de vida son los de máxima velocidad de crecimiento cerebral (Bergman, 2006).

14 El genotipo es la información genética que posee un organismo. El fenotipo es el conjunto de caracteres visibles que un organismo o individuo presenta como resultado de la interacción entre su genotipo y el medio.

15 Como anillos concéntricos cada estrato contiene a otro, partiendo del inmediato u ontosistema, es decir el mismo niño o la misma niña, su biología, su yo; los microsistemas, es decir la familia, la escuela; pasando por el mesosistema o de las relaciones entre microsistemas; el exosistema o el entorno más amplio del que hacen parte el microsistema y el mesosistema (amistades de la familia, vecinos del barrio y comunidad, servicios sociales, servicios de salud, trabajo de la familia); hasta el más remoto y no por ello menos importante macro-

su biología, encontramos en este estudio significativos factores de riesgo biológico en el periodo perinatal y en el periodo posnatal.

El periodo perinatal abarca el tiempo comprendido entre la semana 22 de gestación y los 28 primeros días de vida, incluyendo el momento del parto (MSPBS, 2016 c). Este es un periodo muy significativo porque se establecen estructuras orgánicas y anatómicas, se pasa de la vida intrauterina a la extrauterina y se inician programaciones (que continuarán sobre todo en los primeros mil días de vida) de sistemas funcionales y metabólicos de largo alcance (Baker, 2009). Las agresiones o injurias que puedan suceder durante el periodo perinatal serán sobre un cerebro particularmente inmaduro y en pleno desarrollo, las lesiones ocurridas pueden dejar secuelas con el aspecto de una desorganización del conjunto de funciones cerebrales que se manifestará más adelante (Amiel-Tison, 2001).

En los 25 niños y niñas encontramos antecedentes perinatales de riesgo biológico (de variada magnitud), ya sea durante su vida intrauterina, durante su nacimiento o en el periodo neonatal¹⁶.

El estado de salud y bienestar de la madre es fundamental para que el feto crezca y se desarrolle de manera óptima y con todo su potencial. El bienestar para la madre implica una combinación de condiciones entre las que se encuentran que ella haya deseado y planificado ese embarazo; que cuente con sostén emocional y económico; que se encuentre en condiciones dignas de vivienda; que posea un adecuado nivel de educación y oportunidades de distracción; que tenga una edad preferiblemente entre 21 y 29 años; que goce de buena salud física, mental y social; que no esté afectada por secuelas o estigmas de enfermedades, entre ellas la desnutrición; que haya parido cuatro hijos o menos y tenga un intervalo entre embarazos (periodo intergenésico) mayor de 2 años y menor de 6; que haya recibido una adecuada ingesta de nutrientes durante todo su embarazo; que haya realizado controles prenatales; y que haya recibido asistencia al parto y puerperio de calidad, adecuado y oportuno (Díaz del Castillo, 1979).

En el caso que nos ocupa, ni una sola de las madres de estos 25 niños y niñas llevaba todos esos requisitos, tomando en cuenta que el contexto social y económico en

sistema o el de la sociedad y cultura con sus leyes, políticas públicas, acuerdos, pactos, prácticas y creencias. El límite entre un sistema u otro de los que contienen al niño o niña es arbitrario pues la relación entre ellos es dinámica y los escenarios se superponen y precipitan unos a otros. Al mismo tiempo debemos considerar de manera transversal al cronosistema o el tiempo histórico cuando sus vidas transcurren y el momento del ciclo vital con sus necesidades específicas (Bronfenbrenner, 1998).

16 Ver tabla N° 5 y cuadro N°1 en los anexos.

el que transcurren sus vidas les impone muchas limitaciones, como se describirá más adelante.

En 21 casos (84%) encontramos criterios de embarazo de riesgo y/o patologías entre los registros y antecedentes obstétricos¹⁷. Recordemos que el factor de riesgo es un atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir daño para la madre, el feto o ambos (MSPBS, 2015 b).

En cuanto a la edad materna, encontramos 6 casos (24%) en los que las madres eran adolescentes o lo fueron cuando estuvieron embarazadas de los niños o niñas estudiados; 3 madres con más de 35 años¹⁸; 8 madres tenían más de cuatro hijos; 3 madres con periodo intergenésico menor a 2 años y 3 madres con un período mayor de 6 años.

En 22 de los 25 casos (88%) encontramos antecedentes de haber sufrido algún problema durante el parto o en el periodo neonatal. También identificamos distintas situaciones de riesgo, enfermedades o problemas en el momento del parto (13 casos de cesáreas, 1 caso de parto instrumental con fórceps posterior a goteo de oxitócina y 1 caso de parto domiciliario); y en el peso, con su adaptación al nacer y necesidades de internación en el periodo neonatal. Además, en 2 de los casos el estado al nacer fue tan grave que requirieron terapia intensiva¹⁹.

Las condiciones por las que pasó la mayoría de los niños y niñas del estudio durante el periodo perinatal hacen que estén con riesgo biológico de sufrir daño potencial en su sistema nervioso y afectar sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

De manera más amenazadora unas que otras, estas condiciones pueden producir gran morbilidad, retraso o discapacidad y muerte. Por ejemplo, enfermedades infecciosas del grupo Storchv²⁰, como la toxoplasmosis congénita detectada en Karol, o la

17 Ver tabla N° 5 en los anexos.

18 Si consideramos al Sistema Informático Perinatal (Fescina y col, 2011), instrumento especialmente diseñado para la vigilancia obstétrica y neonatal, encontramos como edades de alerta a las menores de 15 o mayores de 35 años. En el estudio no encontramos madres menores de 15 años y encontramos 3 mujeres mayores de 35 años.

19 Ver cuadro N° 1 en los anexos.

20 Se denomina Storchv a un grupo de infecciones que se dan en el periodo perinatal, que tienen clínica similar, pueden afectar a todos los órganos y sistemas, incluyendo el sistema nervioso, y tener distintos grados de afectación desde formas leves a formas graves con capacidad de producir un daño severo de por vida. El síndrome Storchv abarca a las siguientes enfermedades: sífilis, toxoplasmosis, otras (hepatitis, parvovirus B19, virus de inmunodeficiencia adquirida), rubéola, citomegalovirus, herpes virus, virus Zika (Cloherty, 2017).

infección por el virus Zika, que cabe considerar en el caso del exantema²¹ que presentó la mamá de Theo, la encefalopatía de Milva o la hipertensión pulmonar persistente de Brian, pueden ser devastadores desde el punto de vista neurológico y requieren de una vigilancia cercana.

Pasado el periodo perinatal, encontramos factores de riesgo biológico también en las otras etapas de la infancia. En parte ya se presentaron (al hablar de la mal nutrición en el 52% de los casos al finalizar el estudio), y en parte se presentarán en el apartado de temas transversales al crecimiento y al desarrollo, al abordar la desnutrición oculta y las enfermedades recurrentes.

Las condiciones biológicas de desarrollo de cada niño o niña se dinamizan y afectan en cuanto son seres que están insertos en una sociedad. El desarrollo de los humanos únicamente puede explicarse en términos de interacción social, como afirma Vygotsky (2007), quien estudia el desarrollo humano como un proceso de construcción social e histórico. El adulto cede al niño préstamos cognitivos para ayudarlo a ampliar su desarrollo. Durante el desarrollo del ser humano (infancia y adolescencia), ocurre una interiorización de instrumentos culturales (como el lenguaje) que inicialmente no le pertenecen sino que forman parte del acervo del grupo humano en el que nace (Vygotsky, 2007). Para incorporar la cultura, para establecer conexiones o sinapsis neuronales según el afuera, la especie humana nace con un cerebro que continuará su desarrollo después de nacido en base al ambiente en el que le toca vivir. Los tipos de conexiones que se establecen varían según el momento del desarrollo y el contexto.

Primero se establecen las sinapsis expectantes de experiencia, tempranamente en los primeros años de vida, y con ellas se instituye el aprendizaje de funciones básicas. De entre una enorme cantidad de sinapsis que se forman velozmente en las cortezas cerebrales primarias, quedan establecidas o descartadas según el tipo, aferencia o ausencia del estímulo. Una vez que esa experiencia ocurre, la sinapsis que resulta útil, adecuada y oportuna se ratifica.

Las experiencias necesarias para el aprendizaje de funciones básicas se dan necesariamente en donde el niño o la niña vive, su entorno inmediato, sea cual sea su cultura o geografía, pues se trata del ambiente típico de la especie *homo sapiens* (en un planeta que gira, con gravedad, con luz y sombras, con sonidos, con un lenguaje compartido, con hábitos gregarios). Así se establecen funciones psíquicas y sensoriales básicas, motoras gruesas, lenguaje básico. Son aprendizajes necesarios para la vida en lo inmediato, requieren mínima experiencia, pero ésta debe darse en ciertos mo-

21 El síntoma más común de la infección por virus Zika en las embarazadas es el exantema (erupción en la piel o sarpullido) (OPS, 2016).

mentos cortos y precisos. No pueden postergarse. A esto le llaman “periodo crítico” (Lejarraga, 2004).

Lactantes y preescolares del estudio efectivamente estaban en pleno desarrollo de sus funciones básicas, haciendo experiencias comunes a su especie. Entre ellas el apego y el vínculo²². En todos los casos, quien cuidaba a los niños y niñas visitados era la madre, en pocas ocasiones nos cruzamos con algunos padres que volvían de su jornada laboral o se aprestaban para salir a trabajar afuera. Vimos a su vez bastantes abuelas. Las madres durante las entrevistas se mostraban en su mayoría con buena predisposición a responder a sus niños o niñas cuando les requerían de improviso, les miraban para hablar y les sonreían, hablaban con sus bebés verbalmente y con gestos y señales. La conversación entre nosotros y las madres fluía. Ellas se mostraban interesadas en cuestiones relacionadas a sus hijos e hijas y conocían en detalle los eventos de enfermedad y con qué fueron medicados o qué intervenciones sufrieron, aunque no contaban con conceptos claros sobre las patologías ni cómo evitarlas o superarlas. En particular con las criaturas más pequeñas, había ternura y mimos por parte de prácticamente todas las madres.

Me llamó la atención que los bebés que aún no habían adquirido la marcha se pasaban el tiempo en brazos, incluso cuando se les notaba con ganas de gatear. Esto probablemente se deba a que el espacio físico seguro para el gateo en las casas es insuficiente y cuenta con un entorno demasiado accidentado (con escombros, basura, chiqueros, charcos de agua y excrementos). Solo en una lactante de nombre Genoveva pudimos observar el gateo gracias a que sus tíos y tías le construyeron una pista hecha con cartones (era una familia que se dedicaba sobre todo a reciclarlos).

Ahora bien, a partir de que adquirían la marcha, rápidamente ganaban autonomía y abandonaban por periodos prolongados la cercanía directa y el campo visual de la madre. Esto puede interpretarse como un apego seguro²³, ya que los niños y niñas se

22 El carácter inmaduro con que nacen los humanos no puede ser separado del hecho que desde el nacimiento cuentan con un ser protector, tutelar (madre o figura de apego) que se constituye en su primer ambiente y que lo estructura. Entre el niño o niña y la madre (u otra figura de apego) existe un sistema de comunicación y conductas que hace que ambos busquen estar próximos, lo cual garantiza la sobrevivencia de la cría. Cualquier separación va seguida de búsqueda mutua. Esta programación filogenética que tiene como objetivo la búsqueda y conservación de proximidad es lo que se denomina apego. La meta biológica del apego es la sobrevivencia, la meta psicológica es la seguridad. El apego es innato y es la base del vínculo. El vínculo es la unión que se establece entre dos (o más) personas, es un proceso psicológico fundamental que afecta el desarrollo a lo largo de la vida. El vínculo no es innato, se cimienta y construye desde la primera infancia, siguiendo al apego y para ello se necesita la interacción con tiempo entre el bebé y una misma persona. El vínculo es un organizador psíquico, ya que para que el yo del bebé se constituya debe haber un otro en su mundo de manera estable, firme, duradera (Bowly, 1954).

23 Ainsworth (1978) hizo una adición realmente importante a la teoría de apego básica describiendo el apego seguro como un equilibrio, un balance que se da entre la seguridad que siente el niño o niña quedándose cerca

atrevían a la exploración de su mundo. Las madres a su vez suspendían esta vigilancia cuando sabían que sus bebés o criaturas pequeñas estaban con otros niños y niñas mayores (hermanas, hermanos, vecinitos, vecinitas). Considerando lo precario de las viviendas y lo accidentado que era el terreno donde se desplazaban y transitaban, me llamó también la atención no haber encontrado tantos antecedentes de accidentes en la casa (caídas y quemaduras encontramos en 3 casos, 12%). He visto a preescolares deambulando o jugando en las calles en grupos o en solitario, yendo solitos al almacén cercano a comprar golosinas, empanadas o sándwiches, manejando incluso un dinerito (billetes de 2 mil o monedas).

Otra cosa que observé es que, en la medida que estos niños y niñas iban creciendo, pronto recibían menos mimos, sobre todo a partir de la demanda de cuidados que genera la presencia de nuevos hermanitos o hermanitas y de la cantidad de trabajo pendiente y acumulado que tenían en la casa sus madres (se puede interpretar como la etapa final del apego, la etapa de separación materna).

Una vez que se establecen las funciones básicas en los primeros años, deben componerse de manera progresiva las funciones superiores de aprendizaje como la riqueza y uso del lenguaje, estrategias de resolución de problemas, razonamiento abstracto o matemática superior. Las sinapsis dependientes de la experiencia se establecen gradual y continuamente sobre las funciones básicas, para conectar áreas corticales primarias con las de asociación (conexiones en sí mismas y entre ellas). Las áreas de asociación cortical se forman lentamente, ocupan las 9/10 partes de la superficie cortical en nuestra especie (Amiel-Tison, 2001) y se configuran y establecen dependiendo de la experiencia y en la medida que reciban de estímulos variados, ricos, diversos y sostenidos a lo largo del tiempo. A ello le llaman “experiencias críticas” no “periodo crítico”. Este tipo de aprendizaje es máximo durante la infancia y la adolescencia, pero se mantiene a lo largo de toda la vida.

Las experiencias para el aprendizaje de funciones superiores son únicas para cada persona (no son uniformes ni típicas de especie) y dependen sobre todo de las oportunidades que se dan en el medio económico, geográfico, cultural y social donde vive. En la Tabla N° 6 de los anexos se pueden apreciar algunos indicadores de desarrollo infantil y de educación en comparación con el nivel nacional.

Al finalizar el estudio encontramos 10 niños y niñas con edad de ingresar al sistema educativo formal. Solo el 16,6% de los que tenían edad para asistir al jardín (educación inicial), es decir, menores de 4 años, lo estaba haciendo. Se describe que en situaciones

de su madre (u otra figura de apego) y la motivación a la exploración y al juego para aprender las cosas por sí mismo y equiparse para la supervivencia independiente.

donde el ambiente es desfavorable para el desarrollo infantil (pobreza, privaciones, bajo nivel socioeconómico), la madre y el entorno familiar ya no son suficientes para protegerlo luego del primer año de vida; es decir, este ambiente precario empieza a ejercer una influencia negativa cada vez mayor. Esto podría mitigarse o combatirse con la asistencia a jardines. Lejarraga, Kelmansky y Nunes (2018) encontraron en grupos de niños y niñas mayores de 3 años que vivían bajo circunstancias medioambientales desfavorables, una asociación estadísticamente significativa entre la concurrencia al jardín y una menor proporción de fracasos en pruebas de desarrollo.

Las viviendas que visitamos carecían en su totalidad de espacio y mesas donde se pueda apoyar útiles escolares y cuadernos para poder dibujar o escribir. Jorge hacía sus tareas sentado en el piso de tierra y apoyando el cuaderno en sus rodillas. Venía repitiendo grados reiterativamente, al igual que Milva.

Ni uno solo de los niños o de las niñas tenía libros de cuento, revistas o libros en general²⁴. En una ocasión la mamá de Jorge encontró entre la basura libros y revistas usadas que mostró a Jorge, pero ya se habían perdido. Los juguetes que vimos fueron muy pocos, sólo en algunas casas, estaban descoloridos y rotos, más bien abandonados que usados como juguetes. Todas las casas tenían televisor y en una de ellas también había una consola de videojuegos.

Uno de los escolares con quien tuvimos la ocasión de conversar nos contó que casi día de por medio pesca en el río con el abuelo. Nos enseñó cómo pesca, cómo prepara la caña de pescar y la liñada en el anzuelo, cómo sacar las escamas y las vísceras de los pescados. También nos enseñó lo que está sembrando en macetas: mandioca, batata y algunas plantas medicinales, a las que nos presentó por sus nombres y atributos.

Escuchamos a dos de las madres relatar historias de consumo de drogas por parte de sus hijos adolescentes, chicos que no estaban en sus casas. En las recorridas por el barrio, llegamos a ver de lejos a uno de ellos mientras reciclaba basura; a otro adolescente lo vimos con un grupo que estaba fumando debajo de uno de los puentes que existen en el Bañado; y a un tercero solía encontrarlo limpiando parabrisas de los autos detenidos frente a semáforos. Estos registros remiten a una de las formas como la cultura determina los sentidos y las prácticas de la “masculinidad”, cuyo efecto visible es la mayor probabilidad de padecer una muerte temprana, sufrir violencia, consumir

24 Hoff (2003) encontró que a los dos años de edad, los niños de alto nivel socioeconómico a quienes se les lee regularmente, tenían casi el doble de palabras en sus vocabularios en comparación con los niños de hogares con bajo nivel socioeconómico. Esto parece estar relacionado con la cantidad de lenguaje que escuchan, y hay un fuerte vínculo con que se les lea o no. La cantidad de entrada de lenguaje tiene un tremendo impacto en la tasa de adquisición del lenguaje.

drogas y estar expuesto al virus de VIH (OPS, 2002). Igualmente, y como contrapartida, observamos y encontramos a más niñas y adolescentes realizando tareas de la casa y prestando cuidado, lo cual confirma los roles que culturalmente son asignados a las mujeres (OPS, 2002).

Durante la etapa de la adolescencia, resulta crucial que la persona sea capaz de identificar proyectos de vida que permitan estructurar y guiar su desarrollo de esta etapa para estar en las mejores condiciones de alcanzar autonomía (OPS, 2008). La población adolescente del estudio (y la que quedó por fuera del mismo) experimenta realidades cotidianas muy alejadas de aquéllas que le permitirían realizar efectivamente proyectos de vida a largo plazo. En el momento de las visitas pudimos conversar con las adolescentes que eran madres de algunos de los bebés del estudio (4 en ese momento).

El embarazo constituye un estrés adicional para el estado nutricional de la adolescente que está en plena etapa de crecimiento y desarrollo. Existe una competencia entre el feto y la madre adolescente por los nutrientes. Esta competencia es tan importante que incluso puede ponerse en riesgo el crecimiento y el desarrollo de ambos. Muchos de los nutrientes que se necesita para el desarrollo del feto, como el hierro o el calcio, son movilizados de los depósitos maternos si no pueden ser obtenidos con la dieta, lo cual puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la adolescente (Bolzan y col., 2001). Cabe preguntarse en estos casos de embarazos en adolescentes hasta dónde el tener hijos y formar una familia respondió a una elección libre o si fue producto de una agenda casi obligada por no tener otras perspectivas u oportunidades.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar que el desarrollo infantil se despliega y acontece dentro de un tiempo que es histórico, que incluye a su vez escalas temporales múltiples, y que precipita una permanente transacción del individuo biológico con su entorno ambiental y social. El desarrollo social, cognitivo, psicológico y biológico del ser humano ocurre en escalas temporales que deben estar en armonía a pesar de tener diferentes ritmos y giros. Los procesos biológicos están regulados por relojes internos genéticamente programados y sincronizados por el ambiente externo; los procesos psicológicos se reflejan en etapas particulares de desarrollo que están moduladas e influenciadas por las experiencias sociales (Halfman y Hochstein, 2002), como bien lo señalan psicólogos del desarrollo como Gesell, Vygotsky, Freud o Piaget (Lejarraga, 2004).

Los factores de riesgo biológico y social para un desarrollo óptimo que encontramos en esta población pueden ilustrarnos cómo se van instalando trayectorias en el

desarrollo y la salud que reflejan los efectos acumulados y programados de riesgo y privaciones que repercutirán en cascada en los siguientes ciclos de vida.

4.3 | Aspectos transversales al crecimiento y desarrollo infantil

4.3.1 Familia y cuidados

“El concepto clásico de familia parte de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación. La familia es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano”
(Jelin, 1998)

La tarea de cuidado de los niños y a las niñas (y otros miembros de la familia) ha recaído históricamente sobre las mujeres, situación naturalizada por la capacidad de procreación que ellas tienen. Esta naturalización de los roles de cuidado se ha dado en el contexto de un modelo hegemónico de familia nuclear, monógama, legalmente constituida, heterosexual y para toda la vida (Faur, 2014). Sin embargo los contextos históricos y sociales son dinámicos, variables y diversos, los modelos de convivencia están cambiando y los hogares se diversifican.

En la Tabla N° 7 de los anexos se puede ver algunas características de las familias. El modelo de las 17 familias del estudio resultó ser en menos de la mitad de los casos biparental heteroparental (42%); en 8%, compuesta²⁵; y en 20%, monoparental (Rodero y Merino, 2018). A pesar de las reconfiguraciones que están sucediendo en las familias, la gestión del cuidado sigue siendo responsabilidad principal de las mujeres y, en el tiempo que no están trabajando fuera de la casa, son las que más se ocupan del cuidado (Batthyány y otros, 2014).

El 100% de los niños y niñas del estudio eran cuidados por la madre, la abuela en segundo lugar y las hermanitas más grandes o las tías en tercer lugar. Como parte

25 Alguno/a de los progenitores no es el padre o madre biológica del conjunto de los/as hijos/as que viven en el hogar.

de los cuidados, los niños y niñas necesitan interacción y juegos, y en este sentido encontramos que son las madres también quienes más se ocupan de ello (el 61,5% de las madres de los niños y niñas menores de 3 años jugaba con ellos y solo 7,6% de los padres lo hacía).

Como es la madre quien cuida a los chicos en mayor medida (o casi exclusivamente), cuando la progenitora tiene baja escolaridad se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo infantil (MSPBS, Programa DIT a, 2016). En este estudio encontramos que el 44% de los niños y niñas tenía madres con primaria incompleta; el 28% tenía madres con primaria completa; el 20% tenía madres con secundaria incompleta; y el 8%, con secundaria completa.

Como contrapartida, en el 88% de los casos las madres nos informaron que hicieron o están haciendo colecho con sus criaturas más pequeñas. Dos de los bebés tenían cuna propia anexada a la cama de sus padres y los demás dormían en la misma cama. Creo que es una fortaleza que tienen estos chicos, ya que el colecho hace que el bebé se sienta seguro y calentito, recibiendo estímulos positivos para desarrollar el tacto que es el sentido sobre el cual se irán montando las estructuras del aparato psíquico infantil. El colecho es una práctica común en culturas indígenas y orientales, es parte del proceso de apego y formación del vínculo.

Ahora bien, a medida que los niños y niñas crecen necesitan espacios propios. Ni un solo chico o chica del estudio tenía una cama individual, dormían con algún o algunos otros familiares (abuelos, abuelas, hermanos, hermanas, otros).

El hacinamiento existente en estos hogares (que se describe más adelante) socava la salud mental de las personas que allí viven ya que no tienen privacidad. En este sentido, es esperable que se pierda la paciencia, que existan fricciones, discusiones y peleas. De hecho, en el 53% de las 17 viviendas donde moraban los 25 niños y niñas del estudio registramos violencia entre adultos dentro de la casa. En 41% de estas viviendas las personas adultas bebían alcohol y casi la mayoría llegaba a la embriaguez, sobre todo los fines de semana. En 17% de las viviendas (afectando al 32% de los chicos) se consumía tabaco dentro del hogar, en 12% de las mismas algunos de los miembros consumía marihuana y en otro 12%, chespi (sobre todo la población joven). En el 12% de estos hogares registramos peleas entre pandillas de adolescentes.

La madre de Milva y de otros 3 de los niños del estudio presentaba cuadros depresivos a repetición, ataques de pánico y agorafobia. Además de los cuadros que presentaba la madre, esta niña fue abusada sexualmente por un joven vecino cuando fue preescolar y sufrió *bullying* en la escuela durante los primeros años.

No pudimos indagar a fondo sobre el maltrato infantil (pues al hacer preguntas orientadas hacia este tema, las familias se sentían controladas e interpeladas), pero en las conversaciones que teníamos con las madres y abuelas la posición que más escuchamos es que para criar adecuadamente a la criatura hay que recurrir (a veces) al castigo verbal (gritos, amenazas e insultos) y/o al castigo físico (con ramitas, zapatilla o palmadas en la mano o en las nalgas sobre todo), aunque no al punto de dejarles marcas. Una de las madres nos dijo que recurre a las amenazas, pues ya no puede pegarle a sus hijos porque tuvo problemas con la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente (CODENI), en tanto que otra mencionó a esta institución diciendo que están recibiendo clases de su parte sobre el buen trato infantil. Por lo que nos contaron, podemos decir que los padres se involucran menos con el castigo, pero cuando lo hacen recurren más veces al castigo físico y de manera más violenta.

Sólo dos familias logran hacer al menos una comida entre todos sus integrantes (aunque no todos los días, sino a veces). Sentarse a la mesa y compartir la comida, actividad que nuclea y permite afianzamiento de los vínculos, es algo a lo que no accede casi ni una de estas familias (por falta de espacios, de mesas, de comidas, de horarios comunes, entre otros factores).

Las estrategias que tienen estas familias para generar ingresos son diversas y en el casi 100% de los casos las situaciones laborales son precarias, más bien en la modalidad de changas o jornales, sin contratos laborales ni protección social²⁶. Además, el emplazamiento del vertedero municipal de Cateura en este territorio ha convertido a numerosas familias en recicladoras de la basura, incluyendo a niños y niñas y sobre todo a adolescentes. Este tipo de actividades remuneradas en gran medida se complementa con la participación en economías populares caracterizadas por el trueque, la producción para el autoconsumo y la circulación de bienes y servicios en el marco de redes familiares (Dobrée, 2017).

En el estudio encontramos que el 19,23% de los hogares se sostiene con ingresos que están por debajo del salario mínimo²⁷. La inestabilidad en los ingresos y la precariedad de las viviendas donde viven estas familias (como veremos más adelante) afecta al ritmo con que se van sucediendo sus ciclos de vida. En efecto, las familias tienen ciclos de vida, reproducción y muerte y modos de organización, con transiciones y

26 Ver Tabla N° 7 en los anexos.

27 Se refirió tener un ingreso mensual, distribuido en menos de un millón en el 15,38% de los niños y niñas del estudio, entre 1 y 2 millones en 3,85%, salario mínimo (2.041.123 Gs) en 34,62% y más del salario mínimo en 30,77%. En el 15,38% no reportaron datos respecto al ingreso medio mensual del hogar (Rodero, Merino, 2018).

puntos de cambio, como el ingreso a la escuela, el trabajo, la jubilación, en contextos ambientales variables y en relación con sus condiciones socioeconómicas. Todos estos procesos temporales, dinámicos y emergentes exigen al individuo respuestas adaptativas a través de la puesta en marcha de sistemas regulatorios que actúan a su vez sobre el desarrollo y la salud.

Durante periodos rápidos de cambios históricos, sociales y culturales estas escalas temporales pueden empujarse o retenerse entre sí, conduciendo a interacciones incoherentes y afectando a los sistemas regulatorios, y por ende al crecimiento y al desarrollo (Halfman y Hochstein, 2002). Como hemos señalado, algo muy llamativo en la dinámica de las familias visitadas fue el ritmo rápido de sus acontecimientos: embarazos, nacimientos, mudanzas, inundaciones, internaciones, muertes y cambio de trabajo, de vivienda y de escuela. Los percances que sufren estas familias en su transcurrir adquieren una dimensión casi omnipresente y cotidiana.

Estas circunstancias atentan contra los patrones ideales de cuidado infantil ya que en la infancia se requiere de rutinas establecidas y predecibles (horarios lo más fijos posibles para comer, bañarse, jugar, dormir) en un lugar que les sea conocido y fijo.

También todas estas circunstancias (y otras seguramente) dan por resultado que no les estén leyendo cuentos, ni cantando, ni hablando mucho. Los juegos que comparten estos niños y niñas con sus padres y madres son muy escasos y más bien juegan entre ellos en sus casas con los cartones y basura reciclada o con los pollitos o perritos que andan por ahí. Quienes pueden salir a la calle juegan con pelotas improvisadas sobre todo al fútbol y al vóleibol, aunque también vimos varios grupos jugando con palos y pelotas a un juego propio que tenía reminiscencias del béisbol o del *softbol*. Encontramos casos como los de Jorge²⁸ y Analía –los dos con obesidad–, cuyas mamás respectivas preferían que se queden en las casas viendo televisión pues temían a la violencia circundante.

4.3.2 Alimentación con leche humana

A pesar de la inmadurez que tiene, el recién nacido trae consigo programaciones conductuales de sobrevivencia, diseñadas, refinadas y exitosas durante los últimos 200 millones de años como perteneciente a la clase mamíferos (Bergman, 2001). Entre estas programaciones se encuentran las que corresponden a la lactancia y el apego.

28 Cuando ya habíamos terminado el trabajo de campo y pasados unos meses, nos enteramos que el hermano mayor de Jorge, todavía adolescente, había muerto en la calle en circunstancias poco claras.

En los primeros seis meses de vida y como única fuente, la leche humana cubre las necesidades nutricionales específicas de la cría del *homo sapiens*²⁹; estimula y complementa su sistema inmunológico protegiéndolo contra infecciones; interviene positivamente en el metabolismo de su cuerpo a través de las enzimas, aminoácidos, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios que posee; y provee de las grasas necesarias para la intensa mielinización que debe hacerse en su cerebro. Cuando el bebé mama, desarrolla favorablemente su aparato síquico, emocional y funcional, además de su macizo facial con sus correspondientes huesos, músculos y circuitos.

El 36% de los niños y niñas del estudio recibió lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y en el 56% de los menores de 6 meses la lactancia fue la fuente de alimentación predominante³⁰. Estos son porcentajes un poco mayores que los nacionales de 31,3% y 54,1% respectivamente (Encuesta MICS, 2016).

El 40% de los niños y niñas del estudio recibió lactancia hasta el año; el 36%, hasta los 2 años; y el 8%, más de dos años³¹. Sumando estas cifras, podemos apreciar que el 84% recibió leche materna más allá de los 6 meses. Durante las visitas pudimos observar que el acto de dar de mamar era en las madres un acto espontáneo, poco contraído, generoso y solícito. Estos datos son muy positivos porque, incluso si son pocas tomas, la leche materna siempre es beneficiosa y protectora. Cualquier cantidad de leche materna reduce el riesgo de morir (UNICEF, s.f.).

Ahora bien, si consideramos el entorno donde estos niños y niñas viven, el 64% que no recibió (o que no estaba recibiendo) lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida corría un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas, desarrollar alergias, crecer y desarrollarse de manera subóptima o incluso morir. Las condiciones materiales eran muy malas como para preparar y proveer adecuadamente la leche (de vaca o de fórmula) o los otros líquidos que le ofrecían complementariamente, así como para mantener limpios y seguros los biberones y otros utensilios.

El agua que usan para reconstituir la leche en polvo probablemente está contaminada (como se describe más adelante) y las condiciones son inadecuadas para un lavado de manos sistemático y cuidadoso. En la mayoría de las viviendas donde usaban biberones no tenían el hábito de hervirlos después de cada uso, tampoco de lavarlos

29 La lactancia trae a la madre enormes ventajas para su recuperación en el puerperio y para su salud a futuro disminuyendo las hemorragias, produciendo una más rápida recuperación post parto, menos cáncer de mamas y ovarios, protección contra la osteoporosis y menos enfermedades crónicas. Luego de los 6 meses se recomienda que el niño o niña siga mamando idealmente hasta que cumpla los 2 años complementando con una alimentación que debe ser diversa, progresiva, segura y suficiente (OMS, 2003).

30 Ver Tabla N° 8 en los anexos.

31 Ver Tabla N° 9 en los anexos.

con cepillo ni de usar sistemáticamente tapas para los chupones que quedaban expuestos.

En el 16% de bebés que durante sus primeros 6 meses de vida recibían agua además de leche materna, lo hacían a instancias de las abuelas que opinaban que con el calor que hace en Paraguay la criatura necesita agua además de la leche.

El 40% de las madres que además de pecho ofrecía leche artificial a sus bebés en los primeros 6 meses afirmó que lo hacía porque su leche no era suficiente. Como en menos de 3% de las mujeres que dan de mamar se producen casos de producción insuficiente de leche (OMS, 2003), el origen de esta práctica podría estar relacionado con la poca información y el poco apoyo recibidos durante su embarazo y después tanto por parte del personal de salud como por parte del resto de la familia y la sociedad. Otra razón podría estar relacionada con la idea de que se está ofreciendo el mejor alimento a sus bebés suplementando la lactancia con leche de fórmula, convicción que probablemente esté inducida por la industria alimenticia de sucedáneos de la leche materna.

De los 2 casos que nunca mamaron, las dos eran niñas. Camelia (que al término del estudio estaba con desnutrición moderada y riesgo de talla baja, es decir, evolucionando hacia la desnutrición crónica) no mamó porque su madre presentó una sepsis puerperal y estuvo más de 2 meses internada después del parto y Milva (que al término del estudio presentaba rezagos en el desarrollo y riesgo de desnutrición) no mamó porque presentó complicaciones al nacer y estuvo internada en terapia intensiva neonatal. Ambas niñas se hubiesen beneficiado enormemente si hubiesen recibido al menos leche de banco de leche humana. Se describe que aquellos niños y niñas que no reciben nada de leche materna tienen 7 veces más posibilidades de morir a causa de infecciones que aquellos que recibieron al menos algo de leche materna en sus primeros seis meses (UNICEF, s.f.).

4.3.3 Desnutrición oculta

La desnutrición oculta se presenta cuando existen carencias de micronutrientes como las vitaminas y ciertos minerales (yodo, hierro y zinc, entre otros). Los micronutrientes son necesarios para la ejecución de los diferentes procesos metabólicos que deben ocurrir para mantener las funciones biológicas vitales del cuerpo humano. En lo que se refiere a los niños y niñas, los micronutrientes adquieren una relevancia particular porque en esta etapa además están implicados procesos de crecimiento y desarrollo, lo que supone mayores demandas (O'Donnell, 2007).

Si bien la dosis de micronutrientes necesaria es pequeña, para obtenerlos se requiere acceder a una amplia gama de alimentos de calidad. En ambientes carenciados,

coexiste en general una deficiencia de todos los micronutrientes en simultáneo y cuesta aislarse los efectos que produce cada deficiencia en particular.

El micronutriente hierro es necesario para transportar oxígeno por todo el cuerpo. Además, el hierro se distribuye por todo el encéfalo y en particular en los núcleos grises de la base del cerebro³² y forma parte de enzimas involucradas en la síntesis de neurotransmisores y ácidos grasos componentes de la mielina.

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más ubicua y prevalente en la humanidad (Freire, citado por O'Donnell 2007) y lo es sobre todo en los países en donde existe alta inequidad social. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia³³ en niños, niñas y adolescentes, al igual que en mujeres en edad fértil. Aún no está bien establecida la magnitud del daño que provoca su deficiencia, aunque se sabe que afecta negativamente al desarrollo cognitivo y motor de los niños y niñas. Padecer anemia por deficiencia de hierro puede representar entre 7 a 15 puntos porcentuales menos que la media de la población de referencia del test empleado (O'Donnell, 2007). La anemia interfiere con el crecimiento, el desarrollo, la interacción social, el estado de ánimo, la curiosidad, el aprendizaje, el rendimiento escolar, el apetito, las defensas y el metabolismo en general.

En nuestro estudio, encontramos a 9 niños y niñas (36%) que presentaban antecedentes de anemia por laboratorio³⁴ y clínica (muestras de sangre tomadas en algún momento de sus vidas, en general durante internaciones). Además, encontramos palidez de piel y mucosas en 6 niños y niñas (24%), dos de los cuales presentaban también pelo seco y descolorido con franco signo de la bandera³⁵ y uno ingería tierra (pica, geofagia).

La prevalencia de anemia en menores de cinco años en Paraguay es de 26% en promedio (The Lancet Global Health, 2013). Sin embargo, los promedios ocultan diferentes realidades. Un estudio de prevalencia de anemia en niños de comunidades rurales, tanto de poblaciones indígenas como no indígenas, encontró una prevalencia

32 Los núcleos grises de la base del cerebro están involucrados en el movimiento, el aprendizaje y la memoria.

33 La anemia se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos según la edad y el ciclo de vida. La hemoglobina es una proteína de color rojo que está contenida en los hematíes (o glóbulos rojos de la sangre) y su función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares, distribuirlo a todos los tejidos; tomar el dióxido de carbono que estos producen y transportarlo a los pulmones para su expulsión.

34 Según el Cuadro de procedimientos de AIEPI se verifica si el niño o niña tiene anemia si presenta palidez palmar leve o hemoglobina menor de 11 gr/dl; y anemia grave si presenta palidez palmar intensa o hemoglobina menor de 7gr/dl. (MSPBS, OPS, UNICEF (b), 2011).

35 El "signo de la bandera" es una expresión para designar cuando la cabellera se vuelve de color naranja a medida que crece y queda de dos colores, como a rayas. Es un signo que indica una anemia severa, en general con carencia de otros nutrientes.

de anemia de 74,4 % y 45,8 % respectivamente (Echagüe y col., 2013). En la población de este estudio, el 60% de los niños y niñas presentaba clínica y/o laboratorio de anemia. Se considera una prevalencia de anemia de más de 40% como un problema grave de salud pública (OMS, 2008).

Esta situación es realmente alarmante y más aún si consideramos que los síntomas de la anemia son tardíos y que sus consecuencias se instalan antes que de que se manifieste. Además se describe que por cada paciente anémico hay otro con deficiencia de hierro que aún no se define como anémico (Gómez Castro, 2011).

La ligadura oportuna del cordón umbilical en el momento del nacimiento permite que el bebé reciba una transfusión placentaria de sangre que le permite llenar sus depósitos de hierro para utilizarlo durante el rápido crecimiento que tendrá en los siguientes meses, previniéndose de esta manera la anemia. Chaparro y col. (2006) encontraron el doble de reservas de este metal en niños y niñas de 6 meses que se beneficiaron con esta práctica al nacimiento.

Ni uno de los 25 niños y niñas del estudio se benefició con este procedimiento al nacer, aunque me quedan dudas acerca de lo que habrá pasado durante el nacimiento de Juan, el único chico de este estudio que tuvo un nacimiento domiciliario. Tal vez la partera que acompañó su nacimiento sí dio más tiempo a que la placenta transfunda.

4.3.4 Aspecto socio ambiental y enfermedades recurrentes

Al ser el Bañado Sur un área precarizada e hiperdegradada, se caracteriza por el predominio de hacinamiento, viviendas pobres o informales, acceso inadecuado a servicios sanitarios y a agua potable y una gran inseguridad respecto a la propiedad. En la Tabla N° 10 de los anexos se puede observar las características de las viviendas, el entorno, el aire, agua y saneamiento donde viven los niños y niñas del estudio.

El 56% de los niños y niñas habita viviendas que se inundan cuando llueve; el 88%, en viviendas con techo de chapa o eternit; el 44%, en casas con piso de tierra y/o cemento; el 32%, en casas con paredes de madera terciada. Las viviendas no guarecen ni del frío ni del calor, ni del agua (que además está contaminada) ni de la humedad. En el 100% de los casos había condiciones de hacinamiento³⁶ y conexiones eléctricas irre-

36 Proporción de ocupantes de viviendas con más de tres personas por habitación. <http://www.py.undp.org/content/paraguay/es/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg7.html> . En las viviendas del estudio el promedio de personas encontrado por hogar fue de 8,8 y el promedio de dormitorios por vivienda fue de 2,81 (Rodero y Merino, 2018).

gulares e inseguras. Ni una sola de las viviendas tenía suficiente espacio físico (interior o exterior) para correr o gatear con soltura ni tampoco suficiente verde alrededor³⁷.

El aire en el Bañado Sur probablemente está contaminado. Durante las visitas pude experimentar que sus partículas en suspensión le vuelven casi irrespirable y muy irritante para los ojos, sobre todo en el momento en el que se queman grandes cantidades de basura que contiene plásticos.

El 80% de las viviendas que visitamos quema su basura (o la tira al arroyo, la laguna o en los alrededores). Cuando se quema, el plástico libera gases muy tóxicos como dioxina o furano que afectan a los sistemas inmunológico, respiratorio y endócrino. Se describe además que la basura en los vertederos produce espontáneamente gases tóxicos³⁸ que impiden el transporte y la liberación del oxígeno en el cuerpo y bloquean el funcionamiento de enzimas, entre otros efectos. Los niños y niñas son particularmente sensibles dado su rápido crecimiento, su inmadurez metabólica, la proporción del tóxico en relación a su peso corporal y sus hábitos ya que muchos juegan y hurgan en la basura sin noción alguna del peligro, exponiéndose a metales tóxicos como el plomo o el mercurio, pesticidas y desechos industriales (Creel, 2002).

El aire dentro de las viviendas empeora aún más la situación por el uso de braseros (presentes en el 72% de las viviendas visitadas), el hacinamiento ya mencionado³⁹, el tabaco⁴⁰ que se consume en el interior de viviendas (registrado en el 32% de los casos⁴¹) y la presencia de animales domésticos y de corral⁴² (gallinas, gallos, pollos y

37 La OMS recomienda en las ciudades al menos un árbol por cada 3 habitantes y entre 10 a 15 metros cuadrado de zona verde por habitante. Un estudio basado en la caracterización integral de la vegetación exterior circundante (en el hogar, la escuela y durante los desplazamientos) y la aplicación de repetidas pruebas cognitivas computarizadas en escolares encontró una mejora en su desarrollo cognitivo asociado con la vegetación circundante, particularmente en las escuelas (Dadvand y col., 2015).

38 El componente orgánico de la basura se degrada por la acción de bacterias y libera en el proceso gases tóxicos como el metano, el monóxido de carbono, el dióxido de azufre, entre otros.

39 El hacinamiento produce mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas por contagio. Las enfermedades contagiosas son aquellas que se pueden transmitir de una persona a otra por medio de contacto directo (al tocar a una persona que tiene la infección) o contacto indirecto (al tocar un objeto contaminado) o por contacto con gotitas y aerosoles (inhaladas cuando una persona que tiene la infección tose, estornuda o habla).

40 El monóxido de carbono es un gas tóxico que también se libera durante la combustión del carbón, leña o tabaco, y como ya se ha dicho, impide que el oxígeno sea transportado y liberado a los tejidos.

41 La exposición al humo de tabaco es particularmente dañina para los niños y niñas porque como respiran más rápido que los adultos aspiran más productos químicos nocivos por kilogramo de peso. La exposición al humo de tabaco en el hogar provoca daños irreversibles en la estructura de sus arterias y ocasiona más riesgo de asma, bronquitis, neumonía, otitis, síndrome de muerte súbita del lactante, alergia a alimento, caries, problemas en la piel, ausentismo escolar. Además estar expuesto al humo de tabaco durante la niñez aumenta en 4 veces el riesgo de padecer cáncer de pulmón en la adultez y en casi 40% el riesgo de cáncer de vejiga (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Control del Tabaco, s.f.).

42 De las 17 viviendas visitadas donde viven los niños y niñas del estudio, encontramos que en 14 de ellas había presencia de perros (56%), en 6 habían gatos además de perros (25%), en 12 (50%) habían animales de corral:

pollitos duermen adentro ya que de lo contrario corren el riesgo de ser robados). Se describe que las aves pueden provocar enfermedades respiratorias en los humanos tanto por transmisión de virus, clamidias, bacterias y hongos como por desencadenar procesos alérgicos (por sus ácaros y plumas) como la alveolitis alérgica o neumonitis por hipersensibilidad (Keels y col., 2009).

No debe sorprendernos entonces que 21 de los niños y niñas del estudio (84%) hayan tenido antecedentes de enfermedades respiratorias recurrentes, una y otra vez. Si bien se describe que durante los primeros años de vida es de esperar que un niño o una niña presente 6 a 8 episodios de vías respiratorias altas cada año, estos episodios se resuelven sin complicarse (Peinador y col., 2016). En los casos que nos ocupan, sin embargo, estos episodios eran más frecuentes y más graves, necesitando intervenciones médicas y hospitalizaciones frecuentes. En el 44% de los casos coexistían varias formas de presentación clínica, con episodios recurrentes y superpuestos⁴³. En las conversaciones la situación que más escuchábamos era referente a cuadros bronquiales obstructivos a repetición que obligaban a consultas urgentes en el hospital, internaciones, nebulizaciones e ingesta de un enorme número de antibióticos, expectorantes, broncodilatadores, antihistamínicos y antitusivos.

Entre las formas clínicas de presentación de las afecciones respiratorias encontramos 11 de los niños y niñas (44%) con cuadros bronquiales obstructivos a repetición; 8 (32%) con bronquiolitis a repetición; 7 (28%) con bronquitis a repetición; 4 (16%) con antecedentes de neumonía (la mitad de las cuales estuvieron complicadas con derrame pleural); 3 (12%) con laringitis a repetición; 1 niña adolescente (4%) con diagnóstico de asma; y en 2 preescolares (8%), que eran primitos, con antecedentes de tuberculosis pulmonar recientemente tratada (uno de ellos, además, con otitis purulenta a repetición)⁴⁴. En los casos de tuberculosis infantil que nos tocó conocer en este estudio, la situación de hacinamiento, precariedad y riesgo en la que vivían era crítica y de las 17 personas adultas que también allí vivían sólo 3 habían accedido a ser estudiadas (una de ellas era el caso índice). Se describe que en situaciones de hacinamiento una persona adulta infectada por tuberculosis sin tratamiento adecuado puede infectar a entre 10 y 15 personas cada año, probablemente a miembros de su familia (Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, 2013).

chanchos en 3 (25%), gallinas y pollitos en 6 (50%), chanchos, gallinas y pollitos en 4 (33,33%) y caballos en 2 (8%) (Rodero y Merino, 2018). En una de las casas en donde habían animales de corral tenían además a una rata blanca como mascota. Todos estos animales viviendo en contacto muy estrecho con las personas debido al espacio reducido de las viviendas.

43 Ver Tabla N° 11 en los anexos.

44 Ver Tabla N° 12 en los anexos.

Con respecto al agua, si bien el 100% de los niños y niñas habita en viviendas con acceso a agua de la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (ESSAP), esto no significa que la misma sea segura ni suficiente. Hay que considerar que el Bañado Sur se asienta sobre áreas rellenas con residuos de todo tipo. Por otra parte, las descargas de los desagües domiciliarios (agua de cocina, de lavado de ropa y aguas fecales) y desagües industriales hace que de aguas servidas corran y se filtren en todo el territorio. Estas aguas contaminadas circulan entre las casas por colectores a cielo abierto, zanjas que se desbordan formando charcos y lagunas que penetran en las viviendas. Las redes de conducción de agua potable son muy precarias y se encuentran inmersas en estas zanjas, lo que significa que muy probablemente el agua de las cañerías esté contaminada. Una situación similar se describe cuando existe baja presión de la red (Plaza y Zapata, 2011), que es un problema que registramos en el 54% de los casos. Según la OMS, se tiene acceso a agua cuando uno puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia (OMS, s.f.)

Otro aspecto demasiado significativo es que el 76% de los niños y niñas vive en viviendas donde el acceso al agua es a través de una sola canilla. Esta condición, junto con la baja presión, obliga a las personas que les cuidan a recolectar el agua en tachos y baldes (la mayoría son baldes de pintura reciclados). Nos tocó ver en numerosas ocasiones cómo los distintos integrantes de la familia iban sacando el agua ahí acumulada metiendo jarros o tazas y parte de sus dedos o incluso las manos enteras, sin lavárselas previamente.

A esta situación debemos sumar que ni un niño o niña de este estudio vive en viviendas donde la eliminación de excretas se haga con conexión a una red de alcantarillado o que cuenten con conexión a sistemas sépticos. En el 60% de los casos la eliminación se hacía en pozo ciego; en 20%, en lagunas; en 8%, a través de letrinas de pozo; en 8%, en arroyos; y en 4%, en los alrededores de la casa (Rodero y Merino, 2018).

Otro factor considerable es la presencia de los numerosísimos vectores de enfermedades que pululan en el vertedero entre la basura y las viviendas (moscas, cucarachas, ratas, mosquitos, flebótomos, cerdos, perros, gatos, aves). Una de las madres nos contaba que a la noche el ruido que hacían las cucarachas y ratas provenientes del vertedero no le dejaban dormir.

En este escenario podemos explicarnos que el 88% haya presentado, antecedentes de enfermedades de la piel, faneras, tejidos subcutáneos y enfermedades del tubo digestivo (además de los antecedentes de enfermedades respiratorias recién descritos). En el 54% de los casos coexistían dos o más de dos formas de estas enfermedades,

con episodios recurrentes y superpuestos⁴⁵. El 32% de los niños y niñas presentaba ectoparasitosis (escabiosis, pediculosis, larva migrans o tunga penetrans); el 24%, episodios diarreicos a repetición con vómitos y deshidratación; el 8%, diarrea crónica y mala absorción; el 20%, parasitosis intestinal; el 20%, abscesos, flemones y celulitis; el 16%, dermatitis atópica; el 12%, conjuntivitis a repetición; el 12%, varicela; el 12%, impétigo; el 12%, dermatitis del pañal; el 12%, muguete; el 8%, eritema tóxico del recién nacido; y el 4%, malaria⁴⁶.

Las parasitosis intestinales son infecciones intestinales que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo.

Pude identificar a dos especies de Geohelmintos⁴⁷. En una ocasión fue al observar gusanos látigo o tricocéfalos (*Trichuris trichiura*) en las heces de una niña preescolar que moraba en una vivienda donde no tenían baño y excretaban a cielo abierto. En otra ocasión, al conversar con las madres y escuchar la descripción que nos daban de los gusanos que los chicos expulsaban (por boca, nariz y/o ano), me di cuenta que correspondía a las de la lombriz intestinal (*Áscaris lumbricoides*). Seguramente también rondaban gusanos uncinarias (*Necátor americanus*) a quienes no es fácil de divisar a simple vista. Se describe que un individuo puede tener más de una especie de Geohelmintos. Si bien cada uno de ellos realiza un recorrido específico en el huésped afectando a uno o varios órganos y sistemas de manera propia (digestivo, pulmonar, otros órganos o tejidos), todos producen trastornos nutricionales y digestivos (diarrea, pérdida de peso, malestar general, pérdida de apetito, menos disponibilidad de micronutrientes) y trastornos cognitivos y del desarrollo (procesos mentales más lentos, pocas energías como para poder explorar y curiosear) (OPS/OMS, s.f.). Esto causa estragos en el crecimiento de los chicos y chicas, en su capacidad de explorar el mundo y aprender y en su neurodesarrollo.

Por otro lado sospecho que, en el contexto donde viven estos niños y niñas, el protozoario *Giardia lamblia* es la causa de la diarrea crónica y mala absorción que pude constatar en una niña lactante y en un preescolar que tenían curvas de peso y

45 Ver Tabla N° 13 en los anexos.

46 Ver Tabla N° 14 en los anexos.

47 Este gusano va aumentando de tamaño desde que es ingerido en forma de huevo larvado realizando dos mudas, una de ellas en pulmones donde migra a través de la sangre. En los pulmones pueden producir infiltrados pulmonares y eosinofilia, con signos y síntomas respiratorios (Síndrome de Loeffler). Tal vez muchos de los cuadros respiratorios que encontramos en esta población de niños pueden deberse a la presencia de este parásito.

talla en descenso y eliminaban alimentos sin digerir por las heces⁴⁸. Las mascotas y animales de corral pueden ser reservorios de este protozooario y de muchos otros agentes de infección. Por eso, en este escenario hay que tener en cuenta a las zoonosis, que son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas a los seres humanos⁴⁹. Si bien no visualizamos a todos los perros que vivían en las casas, la mayoría de los que vimos estaban muy enfermos (tullidos, emaciados, con zonas de alopecia, úlceras, dermatitis, sarna, tumores y heridas) y muchas de las gallinas que alcanzamos a observar tenían regiones del cuerpo sin plumas. Los chanchos, caballos y gatos se veían en mejor estado.

El sistema inmunológico tiene como función defender el cuerpo de agresiones, mantener sus fronteras sin invasiones y reconocer lo propio de lo ajeno, en niveles macro y micro moleculares. Para reconocer lo propio de lo ajeno durante la infancia, el sistema inmunológico necesita información, estímulos y memoria. Cualquier estímulo que active señales de peligro moviliza al sistema inmunológico. Esta activación es proporcional al estímulo, como lo dice la 3ª Ley de la termodinámica: “a cada acción corresponde una reacción opuesta, en igual intensidad pero en sentido contrario” (Cuevas Castillejos y Cuevas Castillejos, 2012).

La programación y respuesta del sistema inmunológico de los niños y niñas del Bañado Sur se da en un campo minado de sobreestimulación pernicioso: tóxicos, virus, bacterias, hongos, parásitos. Los procesos alérgicos y las atopías se deben a una respuesta desproporcionada del sistema inmunológico. La inmunoglobulina E (que está involucrada en estos procesos) juega un rol importante en la respuesta inmune a los parásitos helmintos, por ejemplo. No debe sorprendernos entonces la cantidad de episodios recurrentes de cuadros respiratorios, dermatitis, conjuntivitis y diarreas que presentaban estos niños y niñas.

Finalmente es preciso mencionar otras enfermedades que también encontramos en la población del estudio y fueron: infección urinaria (4%); urosepsis por malformación del árbol urinario 1(4%); fiebre sin foco 1(4%); hernia umbilical (8%); dengue (4%); arritmia por broncodilatadores (4%). También pudimos observar caries dental

48 Este es un protozooario que parasita el intestino delgado, pudiendo producir infección y diarrea crónica por atrofia del tejido intestinal. La mayoría de las veces la transmisión es directa: fecal-oral, mediante alimentos y aguas contaminadas, de persona a persona a través de contacto sexual, a través de vectores (moscas, cucarachas) y de animales al humano (los animales domésticos pueden actuar como reservorios). La giardiasis varía mucho en su presentación clínica y grado de afectación según la capacidad de respuesta inmunológica que presente el huésped. En niños o niñas con desnutrición la afectación es peor, se convierte en una afección crónica y perpetúa la desnutrición (Alparro, 2005).

49 Ver cuadro N° 2 en los anexos.

en el 46%⁵⁰ de los niños y niñas que ya tenían dientes. La caries dental interfiere con el estado de salud general. Además de dolor y malestar, la caries en la infancia provoca trastornos en el desarrollo de los dientes permanentes; alteraciones en el crecimiento debido a la pérdida de apetito y la limitación de la ingesta de alimentos; trastornos del sueño; del desarrollo oclusal; problemas al hablar y baja autoestima, entre otras complicaciones.

4.3.5 Servicios de atención a su salud

La totalidad de los niños y niñas del estudio carece de seguro público de seguridad social o seguro privado (Rodero y Merino, 2018).

Para resolver la atención a la salud, nos contaban las madres y abuelas que, según las condiciones económicas inmediatas y las circunstancias del momento (tipo y grado de la afección o necesidad urgente de la criatura, el acceso a los servicios, el día de la semana, entre otras muchas), se decidía a recurrir a una USF que tenga médico, a un hospital cercano, a un hospital especializado, a médicos privados que atienden en las zonas del bañado, a médicos o enfermeras de fundaciones, a voluntarios del área de salud que hacen extensión universitaria, a médicos empíricos, a sanadores, a enfermeras, a obstetras o a parteras.

Esto de por sí ya nos da pistas de que la evaluación de los niños está fragmentada en diferentes personas, en tiempos discontinuos y en archivos dispersos (cuando existen). De esta manera no se puede vigilar con calidad su crecimiento y desarrollo.

A partir de aquí, nos enfocaremos en los servicios de salud del sector público según sus niveles de atención⁵¹. Si bien no los evaluamos aplicando instrumentos cuantitativos que midan el cumplimiento de estándares de calidad, podemos inferirla en base a los hallazgos objetivos realizados en terreno.

Primer nivel de atención⁵²

El 72% de los niños y niñas del estudio estaba al día con sus vacunas y el 28% no lo estaba o había dudas al respecto (16% de los niños tenía vacunación incompleta, y

50 En realidad este porcentaje puede ser bastante menor al real ya que el examen que realicé fue sólo por observación simple y no hice una exploración rigurosa con instrumentos dentales.

51 Se definen 3 niveles de atención en la "Guía para la implementación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud" (MSPBS, sin año).

52 Ver Tabla N° 15 en los anexos.

en 12% de los casos no pudimos constatar registro alguno). La cobertura de vacunación de la población de estudio aún está lejos de la cobertura de vacunación ideal de 95% y más que la OMS recomienda para evitar brotes y eliminar enfermedades (OPS, Programa Ampliado de Inmunizaciones, s.f.).

A pesar de los factores de riesgos biológicos y socioambientales que tiene el 100% de estos niños y niñas, no encontramos una vigilancia organizada y sistemática de su crecimiento y desarrollo. Ni uno de los o las adolescentes ni escolares tenía libreta de salud. En caso de realizar una revisión de los registros de estos niños y niñas en los servicios de salud, seguramente podríamos encontrar más datos, pero de todas maneras la vigilancia del crecimiento y desarrollo cobra sentido y tiene mejores resultados en la medida que las familias participan y toman acciones.

En el caso de los menores de cinco años, el 84% tenía libreta pediátrica, pero todas estaban incompletas en sus registros y la mayoría en muy mal estado. Solo encontramos registros anotados de las vacunas. La parte de la libreta destinada a la vigilancia del crecimiento y desarrollo estaba sin usarse (medidas de crecimiento y sus tendencias, evaluaciones del desarrollo en sus grandes áreas).

Igualmente la parte de la libreta pediátrica destinada a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y accidentes también se encontraba sin uso. En esta parte, que tiene dibujos y colores, los/as agentes comunitarios (cuando son suficientes en número) deben poder leer con las familias información sobre cómo nutrir con alimentos y estímulos a sus niños y niñas; las consignas sobre cómo y qué vigilar en su crecimiento y desarrollo; y cómo prevenir enfermedades y cuáles son los signos de alerta. El número de familias que lee y sigue las recomendaciones contenidas en las libretas pediátricas fue casi nulo, a excepción de un caso en el que la leyeron en un club de embarazadas de CONIN⁵³.

Encontramos que los niños y niñas escolares y aquellos de menor edad que acudían a algún otro servicio de educación o salud recibían series repetidas de antiparasitarios, con poca coordinación para abordajes más efectivos (intervenciones familiares o comunitarias)⁵⁴. Una de las USF coordinaba las acciones de desparasitación con CONIN.

53 La Cooperadora de la Nutrición Infantil (CONIN) es una fundación sin fines de lucro dedicada a la prevención y recuperación de niños desnutridos de 0 a 5 años con alto riesgo social o nutricional y la asistencia de sus familias. <http://www.conin.org.py/>

54 En poblaciones con prevalencias de geohelmintiasis iguales o superiores al 20%, así como en aquellos sitios en los que las condiciones ecológicas y ambientales favorecen la endemidad de estos parásitos, es necesario implementar acciones de desparasitación integradas a otros programas (estableciendo rondas de desparasitación con coberturas mínimas del 75% de esa población) y acciones integradas a otros sectores para mejorar el acceso a agua segura, saneamiento básico y educación en higiene(OPS, 2015).

Si bien el porcentaje de niños y niñas que tiene registro civil es de 93% en Asunción (Encuesta MICS, Paraguay 2016), en los niños y niñas del estudio es sólo de 68% (incluso podría ser menos ya que en no en todos los casos pudimos constatarlo).

En cuanto al apoyo por parte del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI)⁵⁵, encontramos que sólo recibían leche fortificada la mitad de los niños menores de cinco años (o sus madres en caso de estar aun mamando). El 60% de las madres adolescentes del estudio recibió leche enriquecida del programa durante su embarazo y puerperio⁵⁶.

En los barrios que visitamos existían 2 USF, que no contaban con un equipo completo de salud de la familia. Una de ellas estaba incluso sin médico y sin suficientes agentes de salud. No se puede brindar atención primaria a la salud y pretender que las USF funcionen como está establecido⁵⁷ si no cuentan con las condiciones necesarias para funcionar y cumplir sus objetivos. La lógica de atención que se instala ante estas circunstancias es la de la atención brindada en un dispensario de salud con muy poca capacidad resolutoria y centrado en la enfermedad. Un indicador que refleja esta situación es que la gran mayoría (76%) de los niños y niñas del estudio llegó a un grado de afección y enfermedad tal que tuvo que internarse en alguno o varios momentos de su aún corta vida. Y no sólo una internación: el 47% del total de internados tuvo más de una internación (incluso 3, 4 y más) y el 21% de este mismo grupo fue internado en terapia intensiva⁵⁸.

Segundo y tercer nivel de atención

Las embarazadas, los niños y niñas del estudio recurren a los hospitales para los nacimientos, para algunos controles prenatales, ecografías y otros estudios, ante cuadros de urgencias, de empeoramiento de una enfermedad o ausencia de médico en

55 El PANI es un programa del MSPBS que tiene como objetivos la prevención, asistencia y control de la desnutrición en grupos vulnerables, contempla controles regulares, educación alimentaria y entrega de leche enriquecida con hierro, calcio, zinc, cobre y vitamina C a niños y niñas menores de cinco años y mujeres embarazadas o en período de lactancia, con bajo peso u otra situación de vulnerabilidad que acuden a los servicios de salud (INAN, s.f.d).

56 Ver Tabla N° 17 en los anexos.

57 En cada USF presta atención un Equipo de Salud de la Familia (ESF) o varios. El ESF debe estar constituido al menos por un médico/a, un/a licenciado/a en enfermería u obstetricia, un/auxiliar de enfermería, agentes comunitarios de salud (uno por cada 700 habitantes) y un/a auxiliar en administración. Cada USF abarca entre 3.500 y 5.000 personas a quienes se debe garantizar su vinculación con el resto de los servicios de salud para que puedan recibir respuesta en aquellos casos que se requiera atención de mayor complejidad. (UNICEF, 2013)

58 Ver Tabla N° 17 en los anexos.

la comunidad, para internaciones y curaciones. Principalmente van al Hospital Barrio Obrero (HBO) y, en menor medida aunque también de manera significativa, al Hospital Distrital de Lambaré y al Hospital Materno infantil San Pablo. Para estudios especializados o consulta con especialistas recurren principalmente al Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñú o al Hospital de Clínicas.

Las internaciones en terapia intensiva se dieron en el Hospital Materno infantil San Pablo, en el Centro de Emergencias Médicas, en el Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñú y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM).

La atención que predomina en los hospitales (en general) es una atención de emergencia, donde se trata de resolver las enfermedades graves con las que llegan los pacientes. Pero no es una atención integral que considere al niño en su conjunto y abordando lo preventivo y lo educacional. Al menos no con la calidad que debería, ni siquiera en momentos críticos como durante el prenatal, el nacimiento o el puerperio.

Si bien en prácticamente todos los casos encontramos pistas de que hubo un control prenatal suficiente, los datos no alcanzaron para saber si fueron oportunos⁵⁹ y de calidad. Encontramos muchos controles de ecografías y laboratorios de rutina, pero no indicios de que se les haya calculado el IMC a las madres durante sus embarazos⁶⁰ ni que se les haya proveído información para promover su salud o mayores explicaciones sobre su embarazo en curso o que se les haya preparado emocionalmente para el parto o información sobre puericultura, por ejemplo.

El porcentaje de partos institucionales de esta población es de 96%, superior al 93,2% del nivel nacional (Encuesta MICS, Paraguay 2016). Encontramos que las 4 mujeres de más edad aún tenían historias que contar de sus partos domiciliarios, no así las demás cuyos partos fueron institucionales.

Las mujeres que habían parido en sus casas con el transcurso del tiempo fueron optando por parir en los hospitales, aunque no dejaban de mencionar su temor a la violencia obstétrica y al mal trato. Una de estas mujeres nos contó que lo que le gustó del parto institucional fue el control seriado que le hicieron y que se sintió cómoda. Lo que no le gustó fue el ambiente atemorizante en algunos aspectos (el monitor fetal

59 La primera visita debe realizarse tempranamente, en lo posible en las primeras 12 semanas. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Además torna factible la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso (MSPBS, 2015 b).

60 La vigilancia del estado nutricional de la madre a través del cálculo periódico del IMC es crucial para detectar oportunamente malnutrición durante el embarazo y evitar las complicaciones obstétricas y perinatales que conllevan (MSPBS, 2015 b).

y cómo sonaba; presenciar el trabajo de parto y parto de otra mujer; parir con gente desconocida) y que no le hayan hecho las prácticas de apego, contacto piel a piel y lactancia en la primera hora de vida, a pesar de haberlo pedido explícitamente momentos antes de su parto.

Y no sólo negaron estas prácticas cruciales para la sobrevivencia de los bebés en este caso, sino en todos los casos de este estudio⁶¹. La ligadura oportuna de cordón, el contacto piel a piel durante toda la primera hora de vida y la lactancia desde ese momento son tres prácticas⁶² que deben hacerse al nacimiento siempre que sea posible (lo suele ser en más del 90% de los casos) y están establecidas en las normativas vigentes (MSPBS, 2015 b). Con estas intervenciones, se previene la anemia; se promueve el apego, la adaptación inmediata a la vida extrauterina, el equilibrio y la homeostasis; y disminuyen drásticamente las posibilidades de que el niño o la niña presenten problemas de crecimiento y desarrollo, enfermedades y muerte en el primer año de vida (OMS, s.f.).

El 52% de los nacimientos de este estudio fue en parto por cesárea. La prevalencia nacional (también alta) es de 45,9% (Encuesta MICS, Paraguay, 2016). Cuando está justificada desde el punto de vista médico⁶³, la cesárea es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, es una cirugía que no está exenta de riesgos tanto para la madre como para el bebé⁶⁴. La prevalencia de cesáreas ideal debe oscilar entre el 10 y el 15%. La alta prevalencia encontrada en este estudio puede estar reflejando su uso como recurso de emergencia (y por ende debilidades en la vigilancia del control prenatal y de la atención obstétrica) y también denota una cultura organizacional que medicaliza los partos.

61 Ver cuadro N° 1 en los anexos.

62 La primera hora de nacimiento del bebé es un periodo sensible en donde el contacto piel a piel con su madre le brinda efectos positivos inmediatos y a largo plazo en su salud física y mental. Con más de 50 minutos de contacto piel con piel la probabilidad de lactancia espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos, además favorece el mantenimiento posterior del amamantamiento a los tres y seis meses. Los recién nacidos colocados piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura hasta un grado por encima que los colocados en una incubadora o en la cuna térmica. También tienen la glicemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y respiratorio más estable y menos llanto, tanto en intensidad como en duración. El amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro brinda a los recién nacidos una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar el medio intrauterino estéril (MSPBS, 2015 b).

63 Un 4 a 10% de los nacimientos puede tener dificultades (AAP y AAC, 2016), debido al gran volumen de encefalización que tiene la cría de los humanos y peor aún en relación a las adaptaciones esqueléticas sufridas para la bipedestación que tornaron estrecho y angulado el canal del parto (Arsuaga, Martínez, 1997).

64 Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (OMS, 2015a).

En este contexto, se destaca el uso de oxitocina en el parto en dos casos, ambos con desenlaces desfavorables. La oxitocina es una hormona segregada naturalmente, pero también puede ser administrada artificialmente. De hecho, es una droga altamente utilizada para la estimulación de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, a pesar de que la OMS ha recomendado ser prudentes y limitar su uso a situaciones específicas ya que presenta un alto riesgo de causar daño cuando se usa erróneamente, tanto a la madre como al feto e interfiere con la lactancia materna (OMS, 2015 b). En el caso de Milva, ella terminó naciendo con fórceps, situación que se describe como posible con el uso de oxitocina (Hidalgo y col., 2016), presentando una encefalopatía grave y no mamó. En el caso de Cristóbal, él mamó tan sólo unas semanas.

En cuanto a la internación posterior al periodo neonatal, me llamó la atención que en casi todos los casos de internación las mamás conservan los cuadernitos que tuvieron que comprar y donde se consignan los datos y las recomendaciones para el cuidado de sus hijos o hijas (de todos los hospitales mencionados, los cuadernitos de alta más completos eran los del HBO). Esto denota dedicación y esfuerzo por parte de los/as pediatras que estuvieron involucrados en la atención, pero no me parece práctico que usen distintos cuadernos sin completar la libreta pediátrica. Creo que deberían hacer el esfuerzo de concentrar los datos en un único registro para la familia, más aún considerando que las consultas no son siempre en el mismo servicio ni con las mismas personas de salud.

A juzgar por lo que escuchamos y vimos acerca de las dinámicas y de cómo en la mayoría de los casos son los pacientes y sus circunstancias quienes deciden ir a uno u otro servicio. También a juzgar por la falta de seguimiento posterior, creemos que la coordinación, referencia y contra referencia entre los distintos niveles de servicios y entre los servicios de diferentes sectores entre sí son insuficientes, lo que puede favorecer aún más la provisión de una atención tardía, fragmentada, ineficiente e ineficaz.

Lamentablemente el acceso a servicios de cuidado y educación ya no pudimos investigar, sin embargo creo que es muy importante poder dimensionar la necesidad de cuidados y la calidad de la educación que estos niños y niñas reciben, en particular considerando su situación de salud y su contexto social.

5 | Conclusiones

Podemos concluir que los niños y niñas del Bañado Sur no gozan de buena salud y además el 100% sufre múltiples y acumuladas privaciones y una negación de sus derechos establecidos en la Convención de los Derechos del Niño.

Como factores protectores encontramos que durante sus primeros años de vida la mayoría hace apego seguro, se beneficia de leche materna y colecho. También podemos considerar como factores protectores la capacidad que tienen para reinventar juegos colectivos y para enfrentar a las adversidades en las que viven.

Como amenazas y riesgos encontramos que la precariedad y la inseguridad son los escenarios permanentes en donde transcurren sus vidas. El aire que respiran y el agua que toman y usan no son seguros. La tendencia de su crecimiento es hacia la malnutrición. Al finalizar el estudio, el 52% estaba con mal nutrición y el 60% presentaba antecedentes laboratoriales y/o clínica de desnutrición oculta. Encontramos que el 100% tiene factores de riesgo social y biológico para su neurodesarrollo; y en un caso ya había retraso en el aprendizaje como consecuencia de un daño sensorial acústico temprano. Además, hallamos situaciones que habilitan problemas de salud mental y de inequidad de género. Las madres y las abuelas son las principales cuidadoras y el involucramiento paterno en las tareas de cuidado es débil o casi ausente.

A pesar de este escenario adverso, estos niños y niñas no se están beneficiando de una vigilancia estricta y oportuna de su crecimiento y desarrollo ni con intervenciones integrales para su recuperación. A medida que van transitando por sus ciclos (preescolares, escolares, adolescentes, jóvenes), cada vez son menos vistos por el sector salud, salvo cuando se enferman o cuando las niñas se embarazan (24% de las madres eran adolescentes al momento del nacimiento de estos niños y niñas).

En general reciben una atención a su salud, de baja calidad, fragmentada, hospitalocéntrica y centrada en la enfermedad. Las familias manejan poca o nula información sobre cómo empoderarse y cuidar su salud, sobre cómo prevenir enfermedades y sobre cómo estimular positivamente el neurodesarrollo infantil (sobre todo para el desarrollo cognitivo). La Estrategia de Atención Primaria de Salud está deviniendo en mera declamación.

Considerando la situación socioeconómica de estos niños y niñas no se podrá mejorar su salud mientras sigan intactas las relaciones de explotación que generan su exclusión y enfermedad.

Bibliografía

- Academia Americana de Pediatría (AAP) y Asociación Americana del Corazón (AAC) (2016) *Reanimación neonatal*. 7ª edición, Libro electrónico: 978-1-61002-027-5, disponible en: http://www.hbint.org/uploads/8/4/8/2/84824300/reanimacion_neonatal_7a_edicion_pdf.pdf
- Alparro, I. (2005) “Giardiasis y desnutrición”. *Rev Soc Bol Ped*, 44 (3), pp. 166 - 73
- Afifi, A. y Bergman, R. (2006) *Neuroanatomía funcional. Texto y atlas*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Amiel-Tison, C. (2001) *Neurología perinatal*. Barcelona: Editorial Masson.
- Batthyány, K., Gentan, N. y Perrotta V. (2014) «La dimensión de género en el saber experto en cuidado infantil», *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2014, 4 (1), pp. 33 – 58.
- Barker, D. (2009) “Crecimiento humano y enfermedad coronaria”, en Uauy, R., Carmuega, E. y Barker, D. *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur
- Bergman, N. y Bergman, J. (2001) “Somos mamíferos, recuperando el paradigma original” en: <https://www.youtube.com/watch?v=hD0pnCPoBg0>, consultada por última vez el 1 de agosto de 2018
- Bhutta, A. y Anand, KJS. (2002) “Vulnerabilidad del cerebro en desarrollo: mecanismos neuronales”. En: Stevens, B. y Grunau, RE. Eds. *Clínicas de Perinatología. Dolor en los lactantes vulnerables*. Madrid: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. pp. 331-347.
- Bolzan, A. et al. (2001) “Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos”. *Arch. Arg. de Pediatr*. 2001; 99 (4), pp.294-301
- Breilh, J. (2010) “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires;, 6(1), pp. 83 – 101, Enero – Abril.
- Breilh, J. (2013) “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* ; 31(supl 1). pp.S13-S27.
- Bruno, S. y Osorio, A. (2015) *La pobreza infantil multidimensional en Paraguay*. Documento de trabajo. Octubre. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF.
- Chaparro, C.M., Neufeld, L.M., Tena Alavez, G. y col. (2006) “Efecto del momento del clampeo del cordón umbilical en el estado del hierro en los bebés mexicanos: un ensayo controlado aleatorizado”. *Lancet*, 17 de junio; 367 (9527): pp.1997 - 2004
- Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo y Comité de Estudios Fetoneonatales (CEFEN) (2017) “Propuesta de actualización de la evaluación antropométrica del recién nacido, 2016”. *Arch Argent Pediatr*; 115(1), pp. 89-95
- Colombo, J. (2007) «Acerca del desarrollo cerebral infantil: entre el daño y la optimización social» en Colombo, J. ed. *Pobreza y desarrollo. Una contribución multidisciplinaria*, Buenos Aires: Paidós. Tramas sociales.
- Cloherty, J. (2017) *Manual de Neonatología. 8ª edición*. Editorial Lippincott
- Cuevas Castillejos, H. y Cuevas Castillejos, J. (2012) “Alergia e hipersensibilidad. Conceptos básicos para el pediatra. Artículo de revisión”. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol. 79, Núm. 4 • Julio-Agosto 2012 pp. 192-200

- Curutceht, G., Grinber, S. y Gutiérrez, R. (2012) “Degradación ambiental y periferia urbana: un estudio transdisciplinario sobre la contaminación en la región metropolitana de Buenos Aires”. *Ambiente. soc.* [en línea]. 2012, vol.15, n.2, pp.173-194.
- Creel, L. (2002) *Efectos del medio ambiente en la salud infantil: riesgos y soluciones*. Population Reference Bureau. Disponible en : https://www.prb.org/wpcontent/uploads/2002/07/EfectosDelMedioAmbiente_Sp.pdf [última consulta el 14 de agosto de 2018]
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R. *et al.* (1994) *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Dadvand, P., Nieuwenhuijsen, M., *et at.* (2015) “Espacios verdes y desarrollo cognitivo en escolares de primaria”. *PNAS* 30 de junio de 2015. 112 (26) pp. 7937-7942. Disponible en: <http://www.pnas.org/content/112/26/7937> [fecha de última consulta 1/09/2018]
- De Benoist, B. *et al.* (2008) *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t4/es/ [fecha de última consulta 3/08/2018]
- Echagüe, G. *et al.* (2013) “Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de comunidades rurales del Departamento de Caazapá”. *Pediatría (Asunción)*, Vol. 40 (1), pp.19 – 28.
- Díaz del Castillo, E. (1978) “Perinatología y subdesarrollo”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84(S).
- De Almeida Filho, N., Castiel, L. y Ayres, J. (2009) “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”. *Salud Colectiva* vol. 5(3), pp.323-344.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2016): *Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso*. Fernando de la Mora: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, MSPyBS, STP, UNICEF, ERSSAN (2016) *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)*. Paraguay. Disponible en:<http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/mics2016/Encuesta%20MICS%20Paraguay%202016.pdf>
- Dobrée, P. (2017) ¿Cómo se las arreglan para sostener la vida? Estudio sobre las prácticas y los significados del cuidado para las personas que viven en hogares en situación de pobreza en la zona del Bañado Sur. UCA Nuestra Señora de la Asunción. Inédito
- Faur, E. (2014) *El cuidado infantil en el Siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Fescina, R.H. *et al.* (2011) *Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos*. Montevideo: CLAP/SMR.
- UNICEF (2013) *Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay*. Asunción.
- UNICEF (sin año) *Comunicado: Retrasar lactancia materna incrementa riesgo de mortalidad de recién nacidos*. Paraguay. Disponible en: https://www.unicef.org/paraguay/spanish/32252_33787.html [fecha de última consulta 3/08/2018]

- Galeano Monti, J. et al. (2014) *Exclusión Social y Pobreza Urbana. Experiencias y análisis desde el Bañado Sur*. Asunción: Enfoque territorial.
- Gómez Castro, W. (2011) “Importancia del pinzamiento tardío, la lactancia temprana y el contacto de la madre y el recién nacido”. *Instituto Nacional Materno Perinatal*. Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/lactancia/archivos/jornadas/drwilbergomezinmpn.pdf> [fecha de última consulta 3/08/2018]
- Halfman, N. y Hochstein, M. (2002) “Desarrollo de la salud en el curso de vida: Un marco integrado para el desarrollo de la salud, política e investigación”, *The Milbank Quarterly. Una revista de Salud Pública y Política del cuidado de la Salud*, vol. 80 N° 3.
- Hidalgo, P., Hidalgo, M. y Rodríguez, M. (2016) “Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales”. *Revista Latinoamericana de Enfermería*.
- Hoff, E. (2003). “La especificidad de la influencia ambiental: el estatus socioeconómico afecta el desarrollo temprano del vocabulario a través del habla materna”. *Child Development*, 74, pp.1368-1378.
- Imas, V. (1993) *La problemática de los asentamientos espontáneos de las zonas inundables de Asunción. Una propuesta de solución*. Asunción: BASE ECTA
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición INAN. Programa Nacional de Alimentación Nutricional Integral PANI. (sin año) *Interpretación de indicadores de evaluación nutricional en menores de cinco años, escolares y adolescentes*. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B0fO30Y7z_VPYVh4X0ZQcDlBbmM/view [fecha de consulta 19 de mayo, 2018]
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición INAN. (sin año) *Situación nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a los servicios de salud. Año 2001 a 2016*. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1s_HnC9g7A5hc-cjOtddeQGN29rmKwdqP/view [fecha de consulta 04 de junio, 2018]
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición INAN. (sin año) *Situación nutricional de escolares y adolescentes que asisten a escuelas públicas. Año 2007 a 2016*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1msSXvB36w1zPKctRkgZhHwwzBOQL8tLt/view> [fecha de consulta 04 de junio, 2018]
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición INAN. (sin año) *Criterios de ingreso usuarios al PANI*. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B0fO30Y7z_VPa3NVVIY2VnBNZWm/view [fecha de consulta 20 de agosto, 2018]
- Jacob, F. (1999) *La lógica de lo viviente. Una historia de la herencia*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Jelin, E. (1998) *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Keels, S., Jorn, K. et al. (2009) “Enfermedades asociadas a las aves mascota” *J. Med.* 76 (4), pp. 235-243.
- Lejarraga, H. (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lejarraga, H., Kelmansky, D.M. y Nunes, F. (2018) “Tempo de desarrollo de niños de 0 a 5 años que viven bajo circunstancias ambientales desfavorables”. *Arch Argent Pediatr*, 116(2), pp.210-215.

- Loaiza, S. y Atalah, E. (2009) “Peso al nacer y riesgo de obesidad a los 6 y 14 años”, en Uauy, R., Carmuega, E. y Barker. *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Unicef y OPS (2013a) *Manual Clínico para profesionales de la salud de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*. Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Unicef y OPS (2013b) *Cuadro de Procedimientos de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*. Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Unicef y OPS (2013c) *Guía para la atención de la salud integral de la niñez, adolescencia y madre embarazada. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*. Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Unicef y OPS (2015) *Normas de cuidado preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio seguros e inclusivos*. Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay. Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (2015) *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de la Obesidad 2015-2025*. Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa de Desarrollo Infantil Temprano (2016) *Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud*. Asunción
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017). *Indicadores Básicos de Salud 2016*. Asunción. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&alias=558-paraguay-indicadores-basicos-de-salud-2016&category_slug=datos-y-estadisticas&Itemid=253 [fecha de consulta 19 de mayo, 2018]
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016c) *Manual de Atención Neonatal* Asunción.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia. (Sin año) *Libreta de salud del niño y la niña*. Disponible en: <https://dirsi-na.webnode.es/products/libreta%20de%20salud%20del%20ni%C3%B1o%20y%20la%20ni%C3%B1a/> [fecha de consulta 21 de mayo, 2018]
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (sin año) *Guía para la implementación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud*. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c03a70-GuiadelaRIISS.pdf> [fecha de consulta 30 de agosto, 2018]
- Mussen, Ph., Conger, J.J. y Kagan, A.C. (1995) *Desarrollo y personalidad del niño*. Herbra.
- O’Donnell, A. y Porto, A. (2007) “Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil”. En: Colombo, J. Eds. *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós. Tramas Sociales.
- O’Donnell, A. y Carmuega, E. (1998) “La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños”. *Boletín CESNI*, Marzo.

- Organización Mundial de la Salud (2003) *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1980) "The incidence of low birthweight. A critical review of available information". *World Health Stat. Q*, 33, pp. 197-224
- Organización Mundial de la Salud. (sin año) *Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud*. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/
- Organización Mundial de la Salud. (sin año) *Inicio temprano de lactancia materna*. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/ [fecha de consulta 7 de junio, 2018]
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (2015a) *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=47C1A982E5B80FC7105589E5D6247?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2015b) *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR de la OPS/OMS.
- OPS/OMS (sin año) Geohelmintiasis. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5747:2011-informacion-general-geohelmintiasis&Itemid=4138&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2015) *Pautas operativas para la puesta en marcha de actividades integradas de desparasitación: contribución al control de las geohelmintiasis en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (sin año). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/23547873/6-1-Manual-Desarrollo-Infantil-draft-marzo-2007> [fecha de consulta 30 de mayo, 2018]
- Organización Panamericana de la Salud. (2016) *Preguntas y respuestas sobre el ZIKA y el embarazo. Última actualización 2016*. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11552&Itemid=41711&lang=es [fecha de consulta 1 de junio, 2018]
- Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones (sin año). *Caja de herramientas de Inmunización*. Disponible en: https://www.paho.org/immunization-toolkit/spanish/?page_id=24 [fecha de consulta 1 de junio, 2018]
- Peinador, M., Jiménez Alés, R., Suárez Rodríguez, A., Berghezan Suarez, A., Morillo Gutierrez, B., Morales Senosiaín, D. (2016) *Niño con Infecciones de Repetición*. Noviembre. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido/documentos-del-gpi> [última consulta el 14 de agosto de 2018]
- Plaza, G. y Zapata, O. (2011) "Residuos y Salud: Tartagal - Salta 35", *Rev. Cienc. Tecnol*, Año 13, N° 16.

- Posada, A., Gómez, J. y Ramírez, H. (2005) *El niño sano*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2013) *Guía Nacional para el manejo de la tuberculosis. Servicios de salud locales, distritales, regionales y unidades de salud de la familia*. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Dirección de Vigilancia de enfermedades transmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay
- Programa Nacional de Control del Tabaco (sin año). *Consecuencias de la exposición al humo en los niños*. Ministerio de Salud. Presidencia de la República Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-de-la-exposicion-al-humo-de-tabaco-en-la-salud/191-tabaco-y-cancer> [última consulta el 14 de agosto de 2018]
- Red Book (2015) *Informe 2015 del Comité sobre enfermedades infecciosas*, 30ª edición, disponible en: <http://reader.aappublications.org/red-book-informe-2015-del-comite-sobre-enfermedades-infecciosas-30a-edicion/24> [última consulta el 28 de agosto de 2018]
- Rodero, P y Merino, I. (2018) *Condiciones socioeconómicas y habitacionales de la muestra pediátrica seleccionada del Proyecto de Investigación: "Salud, Enfermedad y Pobreza Urbana"*. Documento de trabajo. Mimeo.
- Sanabria, M et al (2014) *Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y de condiciones de vida 2011- 2012*. Asunción: Unicef.
- Serrano, C y Puffer, R. (1975) "Datos del peso al nacer y de la mortalidad en hospitales utilizados como indicadores de los problemas de salud en la infancia", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16251/v78n2p93.pdf?sequence=1>
- Schonhaut, L y Asseí, M. (2004) *Semiología pediátrica. Conociendo al niño sano*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo (2013) *Guía para la evaluación del crecimiento físico*.
- Spicker, P. (2009) "Definiciones de pobreza: Doce grupos de significados". En: Spicker, P., Álvarez, S. y Gordon, D. (eds.) *Pobreza. Un glosario internacional*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 291-306.
- Steven, G.A., De Regil, L.M. et al. (2013) "Global, regional and national trends in hemoglobin concentration and prevalence of total and severe anemia in children and pregnant and non pregnant women for 1995 – 2011: a systematic analysis of population representative data". *The Lancet Global Health*, 1(1), pp16-25. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?view=chart> [fecha de última consulta 3/08/2018]
- Techo (2016) *Informe de diagnóstico participativo comunitario. (a) El Porvenir y (b) San Blas (Bañado Sur)*. Asunción. Un techo para mi país. Inédito
- Velázquez Quintana, N., Masud Yunes Zarraga, J. y Ávila Reyes, R. (2004) "Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro", *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, vol.61, n.1, pp.73-86. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es&nrm=iso [fecha de consulta: 30 de mayo, 2018]

Anexos

Tabla Nº 5.

Antecedentes durante la vida intrauterina: factores de riesgo biológico y patologías del embarazo presentes en 21 casos (84%)

Nombre	Madre adolescente	Madre mayor de 35 años	Periodo intergenésico	Más de 4 hijos	Anemia	Oligoamnios	Amenaza de parto prematuro	Hipertensión inducida por embarazo	Pre eclampsia	Periodontitis	Diabetes gestacional	Infección urinaria	Toxoplasmosis congénita	Exantema	Depresión materna	Tabaquismo materno	Bocio tiroideo
Natalí					x												
Analia		x	Más de 6 a													x	
Milva																	
Jhonatan															x		
Brian											x				x		
Jeremías			Menos de 2 a	x											x		
Jorge								x									
Lía		x	Más de 6 a	x				x									
Cristóbal	x								x	x							
Theo			Menos de 2 a														
Walter				x													
Adan	x																
Genoveva	x				x												
Camelia		x	Más de 6 a	x	x	x					x	x					x
Araceli	x					x						x					
Karol	x												x				
Viviana				x	x		x		x								

Nombre	Madre adolescente	Madre mayor de 35 años	Periodo intergenésico	Más de 4 hijos	Anemia	Oligoamnios	Amenaza de parto prematuro	Hipertensión inducida por embarazo	Pre eclampsia	Periodontitis	Diabetes gestacional	Infección urinaria	Toxoplasmosis congénita	Exantema	Depresión materna	Tabaquismo materno	Bocio tiroideo
Gilda				x	x		x		x								
Mateo																	
Tobías														x			
Constancia				x	x		x										
Elisa María			Menos de 2 a	x	x			x									
Josue																	
Stella	x																
Kenia																	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 6.

Indicadores de desarrollo infantil y de educación

Indicador	Descripción	% del estudio	% nacional *
Disponibilidad de libros infantiles	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que tienen tres o más libros infantiles	0%	22,8%
Disponibilidad de juguetes	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que tienen dos o más juguetes	32%	59,5%
Asistencia a programas de educación infantil temprana	Porcentaje de niños y niñas de entre 3 y 4 años que asisten a un programa de educación infantil temprana.	16,6%	31,1%
Preparación para la escuela	Porcentaje de niños y niñas en primer grado de la escuela primaria que asistió al preescolar durante el año anterior.	100%	87,0%
Repitencia escolar		50%	2,2%**

Fuentes: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

* Encuesta MICS, Paraguay 2016

** EEB, mcs grupo consultor, 2018

Tabla N° 7.

Características de las familias de los 25 niños y niñas del estudio

Características		Número	Porcentaje	
Modelo de familia	Biparental heteroparental	11	44%	
	Compuesta ⁶⁵	9	36%	
	Monoparental	5	20%	
Educación de las madres	Primaria incompleta	11	44%	
	Primaria completa	7	28%	
	Secundaria incompleta	5	20%	
	Secundaria completa	2	8%	
Actividad ocupacional de las madres	Ama de casa	18	72%	
	Trabajadoras por cuenta propia	Dispensera	2	8%
		Recicladora en moto carro y dispensera	1	4%
		Recicladora en moto carro y vendedora de verduras	1	4%
		Recicladora en el vertedero municipal	2	8%
		Lavandera en el propio barrio	1	4%
Ocupación de la pareja actual de la madre	Madres solteras	5	20%	
	Personal de mantenimiento de edificio	5	20%	
	Albañil	3	12%	
	Reciclador del vertedero municipal	3	12%	
	Otras (tractorista, pescador, pintor, cajero de supermercado, vendedor de changas entre otras)	9	36%	
Ingresos mensuales	Menos del salario mínimo	5	20%	
	Salario mínimo	8	32%	
	Más del salario mínimo	8	32%	
	Sin datos	4	16%	

Fuente: Elaboración propia con datos sistematizados por Roderoy y Merino (2018) a partir del estudio.

65 Alguno/a de los progenitores no es el padre o madre biológica del conjunto de los/as hijos/as que viven en el hogar.

Tabla N° 8.

Alimentación de los niños y niñas del estudio con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

Tipo de alimentación		Número	Porcentaje
Lactancia exclusiva desde el nacimiento	Menos de 6 meses	9	36%
	6 meses	9	36%
Lactancia más otro líquido desde el nacimiento	Pecho más leche de vaca entera o modificada	1	4%
	Pecho más agua	4	16%
No mama ni mamá, recibió sólo leche de vaca entera o modificada desde el nacimiento		2	8%
Total		25	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 9.

Duración total de la lactancia materna en los niños y niñas del estudio

Tiempo que recibieron leche materna	Número	Porcentaje
No recibieron leche materna	2	8%
Menos de 6 meses	2	8%
6 a 12 meses	10	40%
13 a 24 meses	9	36%
Más de 24 meses	2	8%
Total	25	100%

Observación: en el rango de niños y niñas que mamaron de 6 a 12 meses, 8 eran menores de 12 meses y seguían mamando al término del estudio.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 10.

Agua, saneamiento, aire y vivienda

Servicios básicos			Número de niños y niñas	Porcentaje
Acceso al agua potable	Abastecimiento de agua de ESSAP a través de canilla		25	100%
	Provisión por falta de presión	Sin problemas	11	46%
		Con problemas	14	54%
	Número de canillas por vivienda	Más de una canilla	6	24%
		Una sola canilla	19	76%
Saneamiento Eliminación de excretas	Sin conexión a alcantarillado		25	100%
	En letrinas		2	8%
	En el arroyo		2	8%
	En laguna		5	20%
	Pozo ciego		15	60%
	Afuera de la casa		1	4%
Aire, seguridad y espacio	Hacinamiento		25	100%
	Piso	Tierra	9	36%
		Cemento	6	24%
		Cemento y tierra	2	8%
		Baldosa	8	32%
	Pared	Pared de ladrillo	15	60%
		Terciada	8	32%
		Ladrillo y terciada	2	8%
	Techo	Chapa o eterní	22	88%
		Teja	2	8%
		Cemento	1	4%
	Cuando llueve	La vivienda se inunda	14	56%
		La vivienda no se inunda	11	44%
No disponen de espacios verdes y áreas seguras de juego		25	100%	
Servicio de electricidad con conexiones irregulares		25	100%	

Servicios básicos			Número de niños y niñas	Porcentaje
Aire, seguridad y espacio	Se fuma adentro de la vivienda		8	32%
	Manejo de la basura	Recolección de basura	5	20%
		Quema de basura y/o tira a laguna, zanja, en los alrededores o lleva a Cateura	20	80%
	Uso de braseros dentro de la casa		18	72%

Fuente: Elaboración propia con datos sistematizados por Rodero y Merino (2018) a partir del estudio.

Tabla N° 11.

Antecedentes de enfermedades respiratorias en los 25 niños y niñas del estudio

Enfermedad respiratoria		Número	Porcentaje	
Sin enfermedad respiratoria		4	16%	
Con enfermedad respiratoria 21 casos 84%	Con una forma clínica de enfermedad respiratoria	10	40%	84%
	Con más de una forma clínica de enfermedad respiratoria por niño/a	6	24%	
	Con más de dos formas clínicas de enfermedades respiratorias por niño/a	5	20%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 12.

Formas de presentación clínica de las enfermedades respiratorias encontradas en 21 de los 25 niños y niñas del estudio

Enfermedad	N° de niños/as con antecedentes	Porcentaje
Bronquiolitis a repetición	8	32%
Bronquitis a repetición	7	28%
Laringitis a repetición	3	12%
Otitis purulenta	1	4%

Enfermedad	N° de niños/as con antecedentes	Porcentaje
Síndrome bronquial obstructivo a repetición	11	44%
Asma	1	4%
Neumonía simple	2	8%
Neumonía con derrame	2	8%
Tuberculosis confirmada	2	8%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 13.

Enfermedades del aparato digestivo, de la piel, faneras y tejidos subcutáneos

Enfermedades	Número	Porcentaje	
Sin enfermedades de este tipo	3	12%	
Con enfermedades de este tipo 22	Con una de estas afecciones	10	40%
	Con dos	2	8%
	Con más de dos	10	40%
		88%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 14.

Formas de presentación clínica de afecciones de tubo digestivo, piel, mucosas, faneras y tejido subcutáneos encontrados en 22 de los niños y niñas

Enfermedades	Número	Porcentaje
Episodios diarreicos a repetición con vómitos y deshidratación	6	24%
Diarrea crónica con mala absorción intestinal	2	8%
Reflujo gastrointestinal	1	4%
Parasitosis intestinal	5	20%
Ectoparasitosis (escabiosis, pediculosis, larva migrans o tunga penetrans)	8	32%

Enfermedades	Número	Porcentaje
Conjuntivitis	3	12%
Muguet	3	12%
Eritema tóxico del recién nacido	2	8%
Dermatitis atópica	4	16%
Miliaria	1	4%
Dermatitis del pañal	3	12%
Abscesos, celulitis, flemones	5	20%
Impétigo	3	12%
Varicela	3	12%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 15.

Registro civil y atención en el primer nivel

Atenciones y servicios	Número	Porcentaje
Vacunas al día	18	72%
Vacunas incompletas	4	16%
No se puede constatar registros de vacunas	3	12%
Libreta pediátrica completa	0	0%
Número de familias que lee y sigue las recomendaciones contenidas en la libreta	0	0%
Libreta pediátrica incompleta	21	84%
No tiene libreta pediátrica	4	16%
Tiene registro civil	17	68%
No tiene registro civil	7	28%
No se sabe si tiene registro civil	1	4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 16.

Niños y niñas menores de 5 años y adolescentes embarazadas o puérperas que recibieron o estaban recibiendo alimento fortificado del Programa PANI

Con alimento fortificado del Programa PANI	Sí	No
Menores de cinco años que no estén mamando	6 (50%)	6 (50%)
Adolescentes durante su embarazo	2 (40%)	3 (60%)
Adolescentes puérperas	2 (40%)	3 (60%)

n: 12 niños/as.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Tabla N° 17.

Antecedentes de internaciones en hospitales

Atención a su salud en hospitales		Número	Porcentaje
Sin internación		6	24%
Con internación 19 (76%)	Con una internación en sala	10	40%
	Con 2 internaciones en sala	5	20%
	Con más de 2 internaciones en sala	4	16%
	Con alguna internación en terapia intensiva	4	16%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Cuadro N° 1.

Antecedentes del nacimiento y el periodo neonatal con dificultades y problemas en 22 de los 25 casos

Nombre	Parto	Apego precoz y ligadura tardía de cordón	Peso al nacer	Lactancia en la 1° hora	Internación al nacer
Natalí	Sin datos	No	Bajo peso	No	No
Analía	Cesárea	No	Adecuado	No	No

I SALUD, ENFERMEDAD Y POBREZA URBANA I

Nombre	Parto	Apego precoz y ligadura tardía de cordón	Peso al nacer	Lactancia en la 1 ^o hora	Internación al nacer
Milva	Vaginal con fórceps, goteo de oxitocina	No	Adecuado	No	Encefalopatía hipoxicoisquémica grado 3, en terapia intensiva
Jhonatan	Cesárea	No	Adecuado	No	No
Brian	Cesárea	No	Adecuado	No	Hijo de madre diabética, hipertensión pulmonar persistente, asfixia perinatal, en terapia intensiva
Jeremías	Cesárea	No	Adecuado	No	No
Jorge	Domiciliario	No	Excesivo	No	No
Lía	Eutócico	No	Excesivo	No	No
Cristóbal	Cesárea, goteo de oxitocina	No	Adecuado	No	No
Theo	Eutócico	No	Adecuado	No	No
Walter	Eutócico	No	Adecuado	No	2 días por cianosis
Adan	Cesárea	No	Adecuado	No	No
Genoveva	Eutócico	No	Adecuado	No	No
Camelia	Cesárea monitoreo no reactivo	No	Insuficiente	No	Sepsis a estafilococo aureus meticilinorresistente
Araceli	Cesárea, taquicardia fetal	No	Adecuado	No	No
Karol	Cesárea	No	Adecuado	No	No
Viviana	Cesárea, gemelar	No	Bajo peso	No	No se internó, nació prematura (36 semanas)

Nombre	Parto	Apego precoz y ligadura tardía de cordón	Peso al nacer	Lactancia en la 1° hora	Internación al nacer
Gilda	Cesárea, gemelar	No	Bajo peso	No	Prematurez (36 semanas), bajo peso, dificultad respiratoria
Mateo	Vaginal traumatismo obstétrico		Excesivo	No	Traumatismo obstétrico, hiperbilirrubinemia
Tobías	Eutócico	No	Adecuado	No	Taquipnea transitoria, hiperbilirrubinemia
Constancia	Eutócico	No	Adecuado	No	No
Elisa María	Cesárea	No	Insuficiente	No	No
Josue	Cesárea	No	Adecuado	No	No
Ila	Eutócico	No	Adecuado	No	Hiperbilirrubinemia sin hemólisis
Kenia	Eutócico	No	Insuficiente	No	Hiperbilirrubinemia sin hemólisis

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Cuadro N° 2.

Enfermedades que pueden ser transmitidas a los humanos por los animales encontrados en el Bañado Sur

Animal	Enfermedades	Mecanismo de transmisión
Ratas	Peste bubónica, tífus murino, leptospirosis	Mordisco, orinas, heces, pulgas
Moscas	Fiebre tifoidea, salmonelosis, cólera, amebiasis, disentería, giardiasis	Vía mecánica (alas, patas y cuerpo)
Mosquitos	Dengue, chikungunya, zika, malaria	Picadura del mosquito hembra
Flebótomos	Leishmaniasis	Picadura de la hembra

I SALUD, ENFERMEDAD Y POBREZA URBANA I

Animal	Enfermedades	Mecanismo de transmisión
Cucarachas	Fiebre tifoidea, cólera, giardiasis	Vía mecánica (alas, patas y cuerpo), heces
Cerdos	Cisticercosis, toxoplasmosis, teniasis, triquinosis	Ingestión de carne contaminada, heces
Perros	Campilobacteriosis (sobre todo los cachorros), leptospirosis, salmonelosis, yersiniosis (rara vez), tiñas, teniasis, larva migrans, giardiasis, rabia	Mordeduras, excoiaciones, saliva, contacto directo con animales infectados, heces
Gatos	Bartonellosis, campilobacteriosis, pasteurellosis, yersiniosis (peste), salmonelosis, giardiasis, esporotricosis, tiñas, teniasis, toxoplasmosis, larva migrans, rabia	Mordeduras, excoiaciones, lamaduras, contacto directo con animales infectados, ingestión de oocistos de excremento de gatos o contacto con restos placentarios de gatas
Aves	Toxoplasmosis, alveolitis alérgica, psitacosis, histoplasmosis, influenza, micobacterias, salmonelosis, coxiela, criptococosis, dermatitis	Heces, inhalación de aerosoles contaminado con heces, plumas, ácaros aviarios

Fuente: Red Book, Informe 2015del Comité sobre enfermedades infecciosas, 30ª edición.

**Desigualdades que
enferman y matan.
Una aproximación
a las desigualdades
en salud en Paraguay**

Víctor Guillermo Sequera Buzarquis

4

*“Al que tiene, se le dará más y abundará; y al que no tiene, aun aquello poco que tiene, le será quitado”
Mateo 13;12.*

1 | Introducción

Los seres humanos intentamos todo lo que esté a nuestro alcance para no enfermar. Si nuestra salud se deteriora, procuramos sanar rápidamente y evitar complicaciones. Si la enfermedad inevitablemente se instala, tratamos de vivir un poco más o por lo menos con un mínimo de calidad de vida. Si todo esto no ocurre, lo único que nos queda es no morir prematuramente. Todos estos momentos pueden ser interpretados como peldaños de una escalera que conecta el pleno estado de salud con el fin de la vida. Dichos escalones parecen representar puntos de cortes, pero en realidad son un continuo de eventos que se suceden de manera inevitable. El momento, las causas o la velocidad con que acontecen pueden ser motivos de estudio desde lo biológico, lo médico, lo psicológico o lo social.

Observar este continuo de eventos con la mirada puesta en el individuo, como hace un médico al acompañar a una persona en cada uno de estos peldaños vitales, no permite percibir algunos fenómenos que desde el punto de vista poblacional pueden mostrar patrones evidentes que ayudarían a entender mejor por qué algunos grupos sociales avanzan por esta escalera de la salud, enfermedad y muerte de manera más rápida o con mayor frecuencia que otros colectivos humanos. La frase de Lincoln: “Todos los hombres nacen iguales, pero es la última vez que lo son” no está para nada errada cuando observamos las desigualdades desde el espectro de la salud en Paraguay. Más allá del lugar de residencia, la contaminación ambiental o el tipo de trabajo del grupo humano a estudiar, invariablemente es la clase social el factor predominante que orienta el proceso de enfermedad y muerte, y a partir del cual se ordenan muchas otras variables.

Es importante indicar aquí que, para describir las desigualdades en salud, se debe tener en cuenta que existen algunas características importantes que se repiten al observarlas: suelen ser *enormes*, ya que impactan más de lo que nos podemos imaginar al estimarlas; son *graduales*, debido a que se manifiestan con un patrón progresivo a lo largo de la escala social; son *crecientes*, porque tienden a ser mayores a lo largo del tiempo; son *adaptativas*, ya que persisten aunque las políticas de salud a veces mejoren; y son *históricas*, porque las circunstancias provenientes y transmitidas del pasado, así como el contexto que lo rodea, producen salud y el surgimiento de las

desigualdades. La aparición de las desigualdades no es fija ni evitable (Benach y Muntaner, 2005).

En Paraguay, como afirma Ortiz en sus “Apuntes para el estudio de las clases en la sociedad paraguaya”, no existe una tradición profunda que aborde el estudio de las clases más allá de lo descriptivo (Ortiz, 2016). Además, las investigaciones realizadas sobre el tema por lo general parten desde un enfoque limitado de categorías que evocan tímidamente o incluso disimulan la estructuración en clases de la sociedad paraguaya (Fogel, 2005). Esta debilidad en el debate sobre la estructura social desde la perspectiva de la historia, la política y la sociología, que además es mucho más pobre en la estimación de sus impactos en la vida y salud de la gente, se encuentra radicalmente desconectada de los acercamientos académicos que se pudieran realizar desde ciertos referentes médicos o los institutos y escuelas de las ciencias de la salud en el Paraguay.

Dicho esto, el presente trabajo es un esbozo que intenta describir cómo se manifiestan en Paraguay algunos indicadores de salud, enfermedad y muerte según aproximaciones a las clases sociales a partir de dos herramientas de uso oficial del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que sirven para mostrar el estado de salud poblacional de la nación.

2 | Metodología

Este trabajo es un análisis descriptivo exploratorio a partir de dos grandes fuentes o bases de datos secundarias que tienen representatividad poblacional para el país. Estas bases proceden de dos direcciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: la primera consiste en la base de datos de defunciones del año 2015, de la Dirección General de Información Estratégica en Salud; la segunda es la “Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos” de 2011, de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles, dependiente de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

La base de datos de defunciones se genera a través de la recolección y sistematización de los recuentos de defunción que ocurren dentro del territorio nacional cada año. Durante 2015, se notificaron un total de 27.528 muertes. Es importante destacar que la fuente de datos de defunciones para el año de estudio tiene aproximadamente un 23% de subregistro y un 10% de codificación inadecuada de la causa de muerte.

Estas limitaciones de la fuente se encuentran dentro de un rango de calidad aceptable, según las evaluaciones del grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud.

La base de datos de la “Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos” de 2011 se generó a través de un trabajo realizado entre los equipos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. La recolección de datos se realizó por medio de un muestreo aleatorio trietápico sin reemplazo dentro de todo el territorio nacional. En total, fueron encuestadas 2750 personas. La metodología utilizada fue STEP, recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Esta encuesta tiene el fin de mostrar las prevalencias de las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgos, entre ellos algunos factores biológicos y otros conductuales.

3 | Análisis de la desigualdad en el campo de la salud

La estimación de la desigualdad se realiza según diversos parámetros. Las variables independientes como sexo y/o género, y su impacto según otras variables dependientes observadas (biológicas y/o conductuales) son simples y fáciles de identificar. Lo mismo ocurre con el territorio de residencia, sea este rural o urbano. El ámbito de ocurrencia solo fue utilizado para observar en qué servicios tienen lugar los eventos de salud; para el resto de los casos se tuvo en cuenta la residencia. Otra variable de fácil identificación que se consideró en algunos análisis fue la condición de ser o no indígenas.

El estatus socioeconómico, en cambio, sí es difícil de categorizar. Las variables que más pueden acercarse y ser utilizadas como “proxy” son: i) el nivel de estudios, aplicado principalmente para el análisis de las defunciones; ii) quintiles de ingresos, registrados en la “Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos”.

El análisis es descriptivo. Se utilizan medidas de tendencia central como media y mediana, principalmente para las variables cuantitativas como la edad o el índice de masa corporal. Para el resto de la exploración, se muestran en porcentajes la distribución de las desigualdades según las diferentes estratificaciones utilizadas.

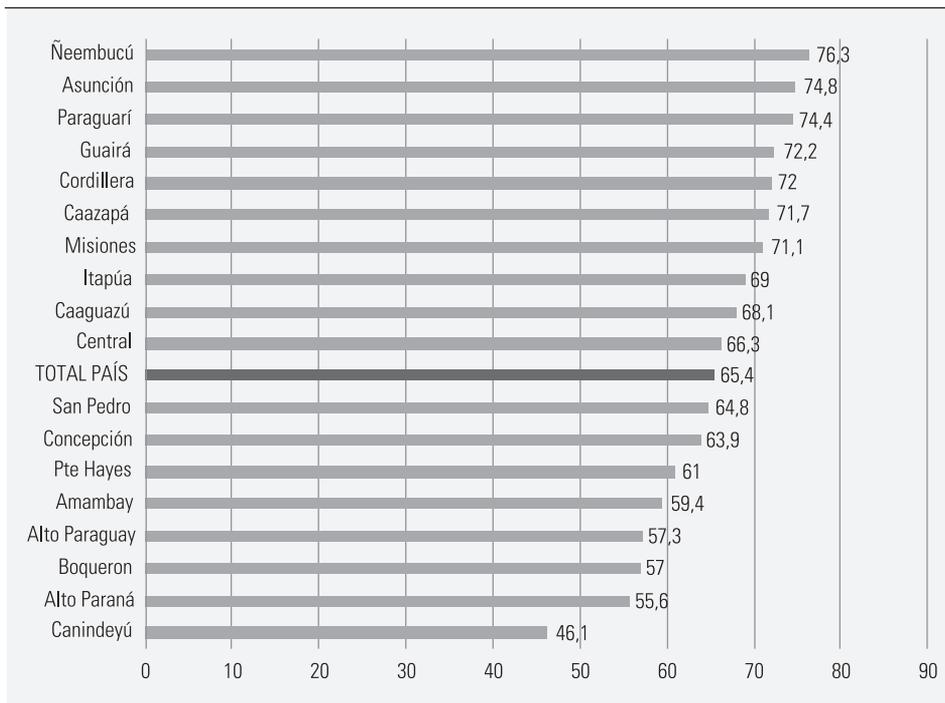
Se debe destacar que el examen y la exploración de las bases de datos se realizaron de manera anonimizada, evitando identificar a los individuos y respetando la confidencialidad de los datos.

4 | Resultados

4.1 | Bases de datos de defunciones

En nuestro país, la esperanza de vida al nacer ha experimentado un incremento progresivo durante las últimas décadas hasta alcanzar los 73 años para los que nacen en el 2015. Durante ese mismo año, la media de edad de defunción para las más de 27 mil muertes que fueron registradas rondaba los 65 años para la población general. Además del hecho conocido de que las mujeres viven entre 3 a 5 años más que los hombres, al observar la distribución de la mediana de edad defunción según el departamento de residencia de una persona, se constatan brechas que en el caso más extremo establecen diferencias de más de 30 años, como sucede al comparar Canindeyú con Asunción. Son tres décadas, prácticamente toda una vida que se pierde o se gana, si se cuenta con la oportunidad de elegir donde residir (Ver Gráfico N° 1).

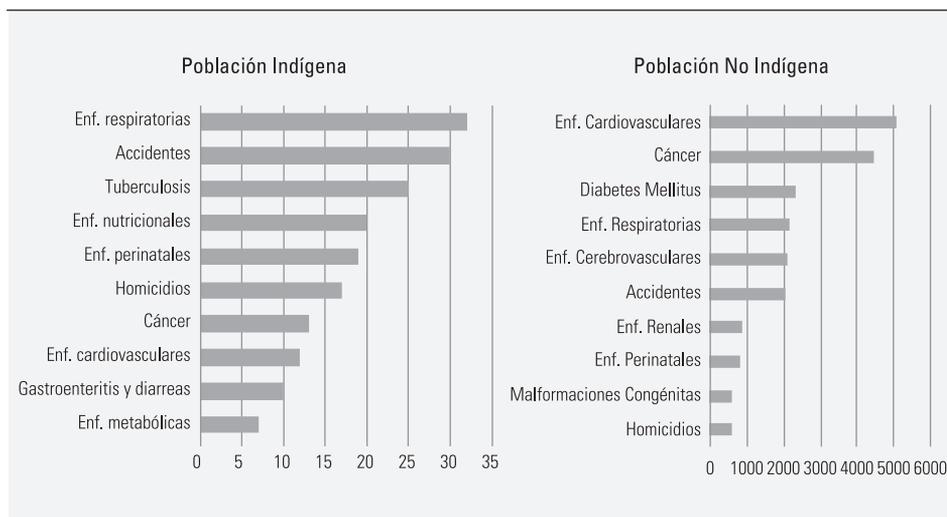
Gráfico N° 1. Edad de mediana de defunciones según los departamentos del Paraguay (2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

Si comparamos la población general con la población indígena, esta brecha también es considerablemente dolorosa. La población no indígena falleció en promedio alrededor de los 68 años, en tanto que la población indígena murió en término medio a los 37 años. Son más de 30 años de diferencia nuevamente. Además, al comparar las diez principales causas de muertes para ambos grupos, se puede observar cómo los motivos son extremadamente distintos. Este patrón de características diferenciadas de defunción pone en evidencia historias disímiles de estilos de vida, de alimentación, de trabajo, de exposiciones y de riesgos al que son sometidas ambas poblaciones (Ver Gráfico N° 2). Las causas de las muertes de la población indígena para 2015 probablemente guarden similitud con una lista de los principales motivos de defunción de la población general del Paraguay, pero del año 1930.

Gráfico N° 2. Diez primeras causas de defunción según población indígena y no indígena (2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

Cuando examinamos cuál es la media de edad de defunción según el nivel educativo, también se constatan brechas a considerar. Los hombres con un nivel educativo terciario o superior en el año 2015 tuvieron un promedio de edad de defunción de 63,9 años (IC95% 62,5-65,3); mientras que entre las mujeres el promedio de edad de defunción fue de 64,2 años (IC95% 62,5-65,9). En cambio, en la población con un nivel de estudios más bajo (solo educación primaria o menor), los hombres fallecieron

a los 57,1 años (IC95% 56,3-57,9) y las mujeres a los 62,7 años (IC95% 61,7-63,5). Entendiendo el nivel de estudio como una aproximación al nivel socioeconómico, aquí se pueden comentar dos cuestiones. Por un lado, menos años estudios se asocia a menos años de vida, fundamentalmente en el caso de los hombres, entre quienes se advierte casi 7 años de diferencia. Por otro lado, las disparidades biológicas que existen entre los sexos dejan de ser determinantes para mostrar algún contraste significativo en la edad de defunción de las personas con más años de educación. En síntesis, hombres y mujeres mueren prácticamente a la misma edad en los estratos socioeconómicos superiores (Ver Tabla N° 1).

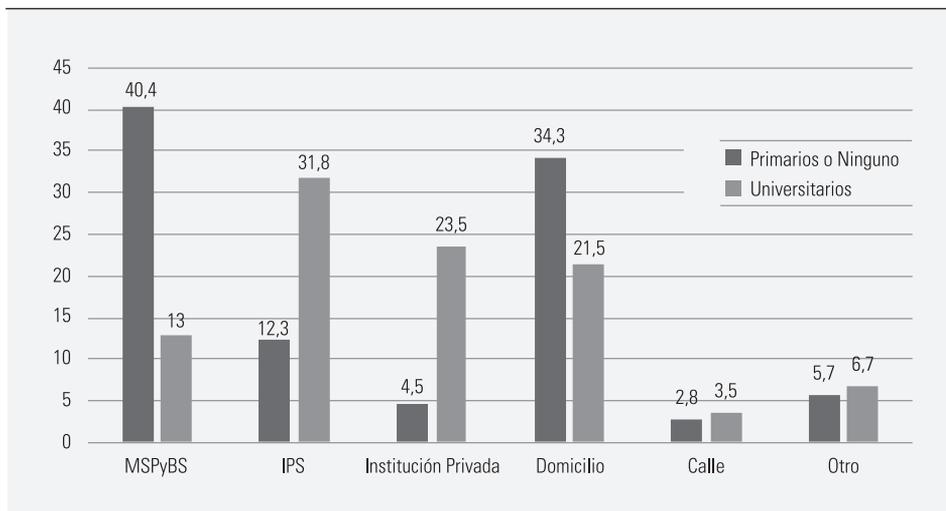
Tabla N° 1. Media de edad de defunción según sexo y nivel de estudios (2015).

	Media de edad de defunción			
	Educación baja		Educación alta	
	Media	IC95%	Media	IC95%
Masculino	57,1	56,3 – 57,9	63,9	62,5 – 65,3
Femenino	62,7	61,8 – 63,5	64,2	62,5 – 65,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

También es interesante observar cómo el nivel de estudios condiciona la distribución del lugar de defunción. El 55,3% de los fallecimientos de las personas con un nivel de estudios terciario o superior muere principalmente en la red de servicios del Instituto de Previsión Social (31,8%) o en el sector privado (23,5%). Mientras que el 74,7% de los que tienen un nivel educativo solo primario o inferior muere en la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (40,4%) o en su domicilio (34,3%). El Gráfico N° 3 nos muestra que, aunque las personas pertenecientes a los dos estratos sociales mencionados fallecen en todos los niveles y subsistemas de un mismo sistema de salud fragmentado, el patrón general de distribución del lugar de muerte es una aproximación de cómo y para qué segmento de la sociedad funcionan los distintos subsistemas de servicios de salud.

Gráfico N° 3. Lugar de defunción (%) según nivel de estudios (2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

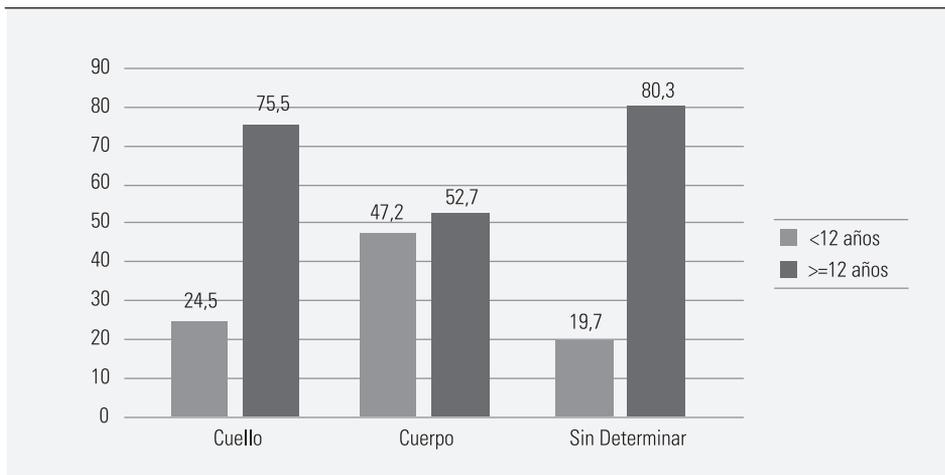
De igual manera, es posible notar inequidades importantes según diferentes tipos de enfermedades y causas de muertes en nuestro país, pero tal vez con el cáncer cérvico uterino (CCU) se perciben con mayor claridad algunos fenómenos interesantes para discutir.

El CCU es un cáncer endémico en Paraguay y muy frecuente en los demás países pobres del mundo. Hay que destacar que Paraguay tiene una de las tasas de incidencia y de mortalidad por CCU más altas de toda la región de las Américas. En nuestro país, el CCU compite con el cáncer de mama como la primera causa de muerte por cáncer. Sin embargo, el CCU es prácticamente evitable, ya que hoy se cuenta con una vacuna, existen tamizajes poblacionales como el PAP¹ para diagnosticarlo tempranamente y además cuenta con un tratamiento relativamente efectivo. Todas estas características hacen del CCU un padecimiento muy diferente al cáncer de mama, que de por sí es más complejo de enfrentar y hasta hoy ni siquiera los países con mayor desarrollo relativo logran doblar. Pero hay un factor adicional que hace del CCU una enfermedad tan particular. Esta singularidad reside en que se trata del cáncer de las mujeres pobres. Dicha característica queda en evidencia al analizar cómo se distribuyen las

1 Prueba de Papanicolaou.

muerres por cáncer de útero según los años de estudio de las mujeres en Paraguay (Ver Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4. Defunciones por cáncer de cuerpo uterino, cuello uterino y útero sin determinar, según años de estudio (2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

Anatómica y fisiológicamente el útero cuenta a grandes rasgos con dos partes principales: el cuerpo y el cuello. El cáncer de cuerpo del útero generalmente ocurre en mujeres adultas mayores, y tiene como causa principal un trasfondo hormonal substancial. En el caso del cuello uterino, el CCU afecta más a mujeres adultas jóvenes, y su causalidad está asociada a la presencia del virus del papiloma humano (VPH). Como se puede distinguir en el Gráfico N° 4, las muertes por cáncer de cuerpo uterino prácticamente no muestran diferencia según el nivel de estudios y, por ende, según el estrato socioeconómico. Pero si observamos las muertes por cáncer CCU o de cuello, el 75,5% de estas muertes ocurren entre las mujeres con menos de 12 años de estudios y tan solo el 24,5% corresponde a mujeres con 12 o más años de estudios. Esto equivale a decir que el CCU mata 3 veces más a las mujeres que no finalizan la secundaria en comparación con las que sí terminan. Entiéndase que una mujer que no puede culminar la secundaria, generalmente está rodeada de otros determinantes sociales que condicionan la causalidad por tipo de muertes.

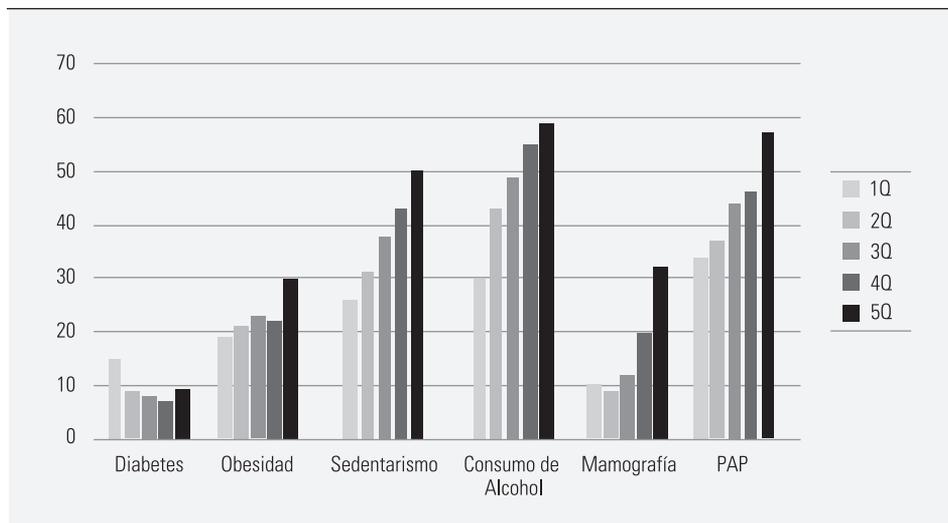
Dentro de este mismo orden, otro aspecto importante a observar en el Gráfico 4 son las muertes clasificadas con la categoría “útero sin determinar”, las cuales corresponden a aquellas que ocurrieron en mujeres que tenían un cáncer en el útero, pero que el sistema de salud no fue capaz de identificar si correspondía a la tipología de “cuerpo” o de “cuello uterino”. Este puede ser un error entendible o aceptable si se distribuyera homogéneamente, pero así como se observa en el gráfico, el diagnóstico “errado” ocurre 4 veces más entre las mujeres con menos estudios (80,3%) que en las que tienen más años de estudio (19,7%). Mediante un análisis más profundo de este “error”, se puede advertir que en la matriz de distribución por edad prevalecen las mujeres adultas jóvenes y las rurales. De esta manera, al reconocer que el “error” no se distribuye de manera homogénea, sino todo lo contrario, es posible afirmar que, aunque los equívocos en la codificación sean involuntarios, el patrón resultante oculta las injustas inequidades del funcionamiento del sistema, hasta en el momento del diagnóstico y la codificación del tipo de causa de muerte.

4.2 | Bases de datos de la “Encuesta de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo”

Al observar en la “Encuesta nacional de factores de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo” (2011) cómo se distribuyen enfermedades como la diabetes o un factor de riesgo conductual como el consumo alcohol según los quintiles de ingresos, se aprecian ciertos patrones de distribución que vuelven a poner en evidencia un mayor riesgo y daño en salud a las poblaciones de los estratos sociales más vulnerables.

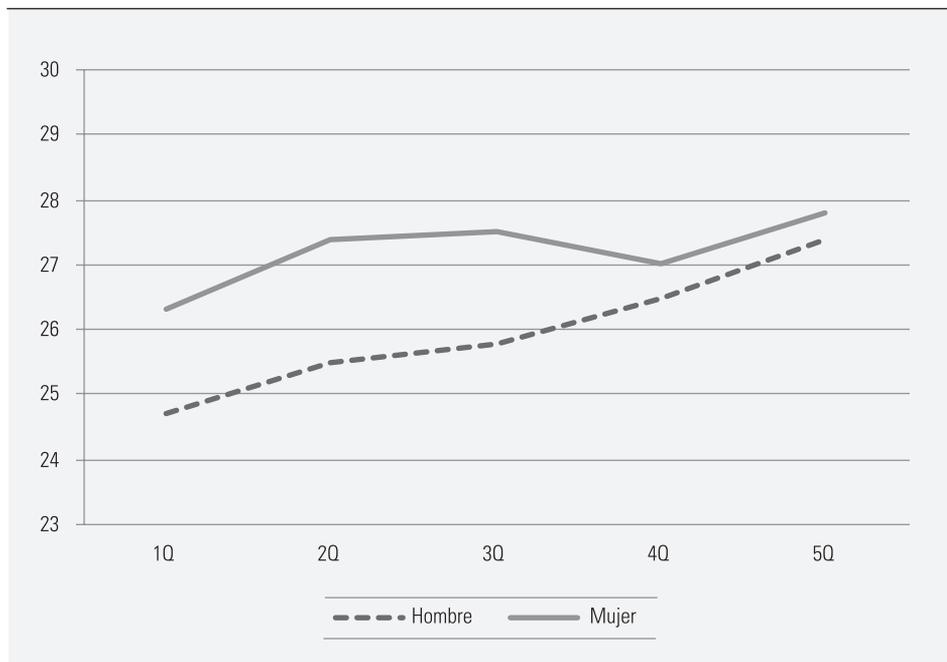
El Gráfico N° 5 muestra varios aspectos de estas inequidades. En el extremo izquierdo de la figura, se constata cómo la diabetes, una enfermedad crónica y costosa que acompañará el resto de la vida a la persona, está más presente en los estratos con menos ingresos. La prevalencia de diabetes en el primer quintil, el más pobre, es 55% más alta que la media nacional (9,7%). El mismo gráfico también nos muestra cómo se distribuye la prevalencia de obesidad según el ingreso, y cómo los quintiles con ingresos más elevados presentan un mayor índice de obesidad. Esto se contradice con el predominio inverso de diabetes, ya que generalmente a mayor obesidad, mayor probabilidad de padecer diabetes. Pero estos datos, al no mostrar causalidad, permiten pensar en otras hipótesis sobre las causas de la inequidad tales como el tipo de alimentación, los estilos de vida diferentes o el menor acceso al sistema de salud que ayude a prevenir enfermedades crónicas, niveles de actividad física diferentes, entre otras posibles explicaciones.

Gráfico N° 5. Enfermedad, factores de riesgos y acceso al sistema de salud, según quintiles de ingreso



Fuente: Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos (2011)

El comportamiento de la obesidad en los estratos económicos superiores se puede observar mejor en el Gráfico N° 6, donde llama la atención que el índice de masa corporal, una medida que expresa el peso de la persona según su talla, presenta un aumento marcado de su media, principalmente en la población masculina, a medida que aumentan los niveles de ingresos. En síntesis, en Paraguay los hombres con mayores ingresos tienen más probabilidades de tener un abdomen más voluminoso. Este patrón no es tan marcado en las mujeres, tal vez por otros motivos sociales que condicionan el aspecto de la mujer según su clase social.

Gráfico N° 6. Distribución del índice de masa corporal según quintiles de ingreso y sexo

Fuente: Encuesta nacional de enfermedades no transmisibles y factores de riesgos (2011)

Volviendo al Gráfico N° 5, en la parte central de la figura se pueden apreciar claramente cómo se distribuyen dos aspectos conductuales de la salud de las personas, en este caso entendidos como factores de riesgo: el sedentarismo y el consumo de alcohol. Ambos muestran un marcado patrón de distribución progresiva que aumenta a medida que es mayor el nivel de ingreso de la población. Al comparar el primer quintil con el quinto, en ambos casos las diferencias es del doble; o sea, el quintil más rico presenta el doble de prevalencia de sedentarismo y consumo de alcohol que el quintil más pobre. El sedentarismo de las personas que pertenecen a los sectores más privilegiados quizás pueda atribuirse al hecho de que no realizan tareas de tipo manual o que exigen mayor fuerza física, como sí sucede entre quienes forman parte de los quintiles más bajos. Como vimos antes, esto condiciona el nivel de obesidad de la población en los estratos más altos, aunque finalmente sea ésta la que menos se enferme de diabetes.

En cuanto al consumo de alcohol, el Gráfico N° 5 muestra que el acceso más frecuente durante el último mes se da en los estratos de mayores ingresos, los cuales tienen mayor capacidad de compra y de disponibilidad o acceso a las bebidas alcohólicas.

Por otra parte, en el extremo derecho del Gráfico N° 5, se pueden comprobar dos situaciones relacionadas con el acceso al sistema de salud. Entre las mujeres mayores de 40 años, haberse realizado una mamografía en los últimos 5 años muestra una marcada diferencia por estrato social. Aunque con progresivo aumento según quintil, las mujeres de los quintiles superiores realizan hasta 3 veces más este examen que las más pobres. La segunda situación que se puede observar se refiere a la prueba del Papanicolaou (PAP). Este estudio también muestra una inequidad de distribución, en donde el quintil más rico lo realiza en un 70% más que los quintiles más pobres.

Hay que destacar que ambos exámenes se realizan y son gratuitos dentro de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Además, se ha reglamentado un día libre laboral para realizarse anualmente cada uno de estos exámenes. Pese a todo, la inequidad del acceso a estas pruebas condiciona a los estratos más pobres y hace que casos de cáncer de mama y cáncer cervicouterino sean tardíamente diagnosticados, en estadios más graves y con peor pronóstico, reduciendo finalmente la esperanza y la calidad de vida durante sus últimos días.

5 | Discusión

Este trabajo explora algunos indicadores que muestran con relativa facilidad las desigualdades en salud existentes entre las clases sociales en Paraguay. Con la excepción del atributo de ser “*crecientes*”, que exige un análisis de temporalidad de los indicadores estudiados, se pudieron observar prácticamente todas las demás características que para la epidemiología social pueden presentar las desigualdades en salud.

Las desigualdades observadas son *enormes*, como se pone en evidencia al reconocer los 30 años de diferencia de media de edad de muerte entre la población indígena y la no indígena. También son *graduales* a lo largo de los diferentes estratos, principalmente en los resultados de salud registrados en la encuesta de factores de riesgo. Las desigualdades igualmente son *adaptativas*, como lo sugieren las evidencias encontradas sobre el uso del sistema de salud, donde se detecta que, pese al aparente esfuerzo del Estado por ofrecer el examen PAP de manera gratuita y accesible, finalmente son

las mujeres de los estratos más ricos quienes más se benefician con esta política pública. Además, todas las desigualdades son *históricas*, debido a que los indicadores de salud explorados son finalmente traducciones en salud de las circunstancias sociales, políticas y económicas de una sociedad que vivió, se enfermó y murió durante el periodo estudiado.

Profundizando más en el concepto de clase social y salud, debemos comprender que los estilos de vida, los cuales definen la salud, enfermedad y muerte, reflejan empíricamente experiencias compartidas de una clase social cuando la identificación social en torno a factores de estima o prestigio genera grupos más o menos definidos. Clase y status vinculan bases objetivas de experiencia de clase y expresiones subjetivas de contenidos de esa experiencia (Ortiz, 2016). De esta manera, los contenidos comunes que se movilizan en los estilos de vida se traducen también en un reconocimiento de clase, es decir, la aceptación de creencias y costumbres entre los miembros de una clase que son traducidos a prácticas comunes que condicionan entre muchas otras cosas, el estado de bienestar y salud. Los estudios muestran cómo las poblaciones se ordenan de modos diferentes según se mire la desigualdad objetiva o cuando se utiliza la percepción subjetiva de la población sobre las mismas inequidades (Chavel, 2006). Además, hay que distinguir el reconocimiento de clase de la conciencia de clase, que implica una afiliación de clase particular y la identificación de otras (Bourdieu, 1984). Aquí es interesante introducir el concepto de Síndrome de estatus desarrollado por Michael Marmot, el cual describe con bastante claridad cómo los indicadores de salud son mejores entre los individuos de mayor prestigio o jerarquía social, a pesar de no existir diferencias económicas ni de acceso al sistema de sanitario al compararlo con otras personas que están subordinadas en prestigio dentro de lo que podría ser una misma clase social (Marmot, 2005). Esta es una evidencia más de que la salud es un constructo social y como ella está también atravesada por las diferentes dimensiones de las desigualdades.

Las desigualdades en salud pueden abordarse de manera mucho más amplia, con otros tipos de indicadores más complejos y señalando otros aspectos o procesos. En este trabajo solo se exploraron de manera muy superficial tres dimensiones: a) la mortalidad; b) el estado de salud y los factores de riesgos; y c) los niveles de utilización y acceso a algunos servicios. Pero existen otras dimensiones como la distribución de los recursos para la salud; los subsidios en el cuidado de la salud; el gasto catastrófico o empobrecedor; la progresividad del financiamiento de la salud; y, finalmente, el tipo y calidad del cuidado. El análisis de cualquiera de estas áreas puede dibujar un panorama más completo de cómo el mismo sistema de salud es un engranaje más que contribuye a que persistan las desigualdades (Ver Cuadro N° 1). Los especialistas en

esta área sostienen que cuando se desea evaluar la situación sanitaria existe una necesidad imperiosa de abordarla por varios índices o parámetros a modo de tener una visión más amplia y próxima al completo de los problemas que se quieren resolver (Klesser, 2014).

Cuadro N° 1. Áreas de la salud en donde pueden ser estudiadas las desigualdades

1	Mortalidad *
2	Estado de salud / Factores de riesgo *
3	Utilización / Acceso a servicios *
4	Distribución de los recursos para la salud
5	Subsidios en el cuidado de la salud
6	Gasto catastrófico
7	Progresividad en el financiamiento de la salud
8	Calidad del cuidado

* Dimensiones exploradas por el presente trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

Este tipo de análisis tiene también varias limitaciones. Se pueden presentar amplias desigualdades en diferentes subpoblaciones que corren el riesgo de quedar ocultas por las medidas centrales como los promedios, las medianas y los grandes porcentajes. También se debe aclarar que acceder a la información precisa sobre la clase social del individuo es muy complejo. Pero existen “proxis” que se encuentran en la mayoría de las encuestas e informes de salud (nivel de estudios, años de estudios, lugar de residencia, tipo de trabajo, etc), que casi no son utilizados y que a pesar de sus limitaciones pueden desnudar desigualdades importantes que orientarían a una mejor aproximación al problema, para desde allí pensar en políticas sociales que intenten reducirla de mejor manera.

Finalmente, es esencial comprender la idea de que gran parte de los problemas de salud, así como el marcador más crudo de todos: las muertes, tienen un trasfondo político. Aunque parece difícil afirmar que una muerte prematura por complicaciones de la diabetes tiene causas políticas, la resistencia a esta idea proviene parcialmente de los mismos trabajadores de la salud a quienes les resulta complejo reconocer esta

situación porque parten de un enfoque individual al que están habitualmente entrenados para observar y resolver los problemas de salud, siendo esta perspectiva no incorrecta pero sí incompleta. Por ello, el presente trabajo, que parte también desde un enfoque de la salud, es un intento de desprenderse de los estudios básicos sobre “desigualdades” que no superan o no van más allá de ver al “sexo” y la “edad” como los únicos descriptores o trazadores de las “diferencias” que se observan al estudiar indicadores de salud. Es un genuino intento de aproximación de las ciencias de la salud a las ciencias sociales, porque desde las ciencias sociales hacia la salud, con seguridad existen más intentos.

*“De espaldas al futuro estudié las estadísticas y los planos de los pisos,
y todo confirmaba lo que ya sabía: que estamos todos en el mismo bote.
Pero el pobre será el primero en ahogarse”
HM. Enzensberger*

Bibliografía

- Benach, J. y Muntaner, C. (2005) *Aprender a Mirar la Salud*. Madrid: El Viejo Topo.
- Bourdieu, P. (1984) “Espacio social y génesis de las clases”. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*.
- Chauvel, L. (2006) “Tolerancia y Resistencia a la desigualdad”. En Lagrange, H. *L'épreuve des inégalités*. Paris: PUF.
- Fogel, R. (2005) “Estructura social y Procesos políticos 1980-1990”. En: Fogel, R. *Estructura social y Procesos políticos*. pp. 107-160. Asunción: Servilibro.
- Klessner, G. (2014) *Controversias sobre la Desigualdad: Argentina 2003-2013*. CABA: Fondo de Cultura Económica, pp. 144-171.
- Marmot, M. (2004) *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health*. Bloomsbury Publishing LTD.
- MSPyBS (2011) *Encuesta Nacional de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgos 2011*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/encuesta-nacional-factores-de-riesgo-2011/>
- MSPyBS (2017) *Base de Datos de Defunciones 2015*. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay.
- MSPyBS. (2017) *Atlas de Defunciones por Cáncer*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/dvent/atlas-mortalidad-cancer-paraguay/>
- Ortiz, L. (2016) “Apuntes para el estudio de las clases en la sociedad paraguaya” en: Ortiz, L. *Desigualdad y clases sociales. Estudios sobre la estructura social paraguaya*. Asunción: CLACSO. CEADUC. ICSO, pp. 239-298.

**Desigualdades sociales en Paraguay:
Cuando el Estado protege solo los
derechos de clases privilegiadas
(Sistematización)**

Myrian González Vera

5

Presentación¹

El presente texto ofrece en forma resumida una parte de los contenidos temáticos desarrollados en el seminario de investigación “Padecer desigualdades en el Paraguay contemporáneo”, realizado entre los meses de agosto a diciembre de 2017, en Asunción, y que forma parte del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia de Asunción”².

El objetivo del seminario fue generar un espacio de intercambio científico interdisciplinario entre estudiantes, investigadores/as y profesionales académicos/as, así como también personas vinculadas con organizaciones sociales. En ocho módulos presenciales donde se presentaron diversos temas, se buscó “analizar los modos en que las desigualdades se manifiestan e intersectan en el territorio, las políticas públicas, la educación, el trabajo, el acceso a la vivienda, el consumo, las nuevas ruralidades, la urbanización, la ciudadanía, el género, la cultura y la salud”³.

Todas las ponencias presentadas aportaron diagnósticos y análisis de gran valor para entender las desigualdades sociales que existen en el Paraguay y que históricamente han sido desatendidas por el Estado, pero este texto recoge solo las presentaciones referidas a: 1) Desigualdades socioeconómicas, pobreza contemporánea y género; 2) Tierra, desigualdades y pobreza rural; y 3) Proceso de urbanización paraguayo, desigualdades territoriales y genealogías de la pobreza urbana, con la idea de compartir los aportes analíticos que se refieren a las desigualdades económicas y la protección social; la apropiación, distribución y uso de la tierra y los cambios en la producción agrícola y ganadera; y las transformaciones urbanas y el derecho a vivir en la ciudad.

1 Este texto es la versión resumida de la transcripción de las ponencias presentadas por José Carlos Rodríguez y Verónica Serafini; Ramón Fogel y Luis A. Galeano; y Kevin Goetz y Ana Flores, en el Seminario “Padecer desigualdades en el Paraguay contemporáneo”. Sin embargo, cualquier apreciación que sea considerada errónea por parte de los citados panelistas, es toda responsabilidad mía.

2 Proyecto 14-INV-236 financiado por el CONACYT a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEI del FONACIDE.

3 Participaron en este seminario además de los ya citados, Juan Carlos Cristaldo, Luis Alberto Boh, Rodrigo Villagra, Luis Ortiz, Stella García, Ignacio Telesca y Milda Rivarola, profesionales académicos de alta solvencia y reconocidos por sus importantes aportes a las ciencias sociales en el Paraguay.

1 | Políticas sociales insuficientes para combatir la desigualdad en el Paraguay

1.1 | Grandes desigualdades económicas en Paraguay: Hipótesis sobre su forma, su dinámica y su constitución

José Carlos Rodríguez aborda las variantes socioeconómicas en el Paraguay y las explica a partir de un análisis del sistema económico vigente, las políticas referidas a la histórica distribución de tierras públicas que tiene consecuencias hasta hoy, las clases sociales y la distribución actual de los ingresos que muestran cómo estas diferencias han convertido al país como uno de los más desiguales del mundo.

Las políticas sociales en el Paraguay son relativamente nuevas y aunque existan algunas medidas que atacan la extrema pobreza, no puede afirmarse que haya políticas que combatan las desigualdades socioeconómicas; la desigualdad “es una cuestión que no tiende a interrumpirse, sino más bien a agravarse”. Con esta introducción Rodríguez presenta algunos datos que sitúan al país entre los más desiguales del mundo occidental y señala que hubo un fenómeno de igualación en el nuevo mundo posterior a la Segunda Guerra Mundial que no llegó a todos los países del Tercer Mundo.

Siempre hubo desigualdades en el mundo en distintas épocas. La cuestión es que para superarlas se deben implementar medidas de igualación y éstas dependen de una correlación de fuerzas porque hay intereses –políticos y económicos, principalmente– que impiden acciones comprometidas con la igualdad. En el Paraguay de hoy, las fuerzas están muy desequilibradas desde hace demasiado tiempo.

Rodríguez menciona que hay dos grandes paradigmas, dos tendencias, que abordan desde lo económico la desigualdad⁴. Una es la que piensa que el régimen capitalista, por definición, tiende a producir desigualdad, pues desde el momento que hay apropiación de los medios de producción y que el capital busca ahorrar costos –y la mano de obra es un costo– hay una tendencia a que se produzca desigualdad; ése sería el modelo crítico. Sin embargo, la realidad mostró que en regímenes con economías socialistas donde se abolió el trabajo asalariado y el capital, tampoco se resolvió el problema de la desigualdad. La otra teoría que explica la desigualdad es la falla del mercado y la falla del Estado, que parte de la premisa de que si los obreros ganan bajos

4 Aclara que existen otros puntos de vista, por ejemplo, antropológicos, pero en este caso, se centrará en lo económico.

salarios serán más reclamados y entonces subirán los salarios y todo se resolvería⁵; y lo mismo pasaría con los campesinos que no tienen tierras, se convertirían en obreros; es la idea de que la humanidad puede, con las leyes del mercado, prescindir del contrato social.

Rodríguez afirma que hoy no se puede asumir ni entender ninguna postura cerrada; a estas explicaciones teóricas hay que aplicarles ajustes o consideraciones específicas, pues a veces las desigualdades no tienen que ver con el mercado sino con la carencia de éste. Por ejemplo, si el 2,4% de las personas poseen el 84% de la tierra cultivable, eso no tiene que ver solo con el mercado. En Paraguay, la distribución desigual de las tierras que se dio en los años posteriores a la Guerra de la Triple Alianza, creó un sistema de latifundio –repartición de grandes extensiones de tierras, principalmente a empresas extranjeras– que predominó en el tiempo, con muy pocas variantes, ya que mantuvo su esencia en el reparto de tierras sobre la base de la desigualdad social. Durante la implementación de la política de reforma agraria en tiempos de Stroessner (1954 – 1989), al campesino se le asignaba diez hectáreas para producir mandioca, y a quien era de clase media se le otorgaba 300 hectáreas para ser ganadero. Esas distinciones de clase perduran hasta hoy.

Pero la desigualdad sí tiene que ver con el mercado cuando, por ejemplo, se reprime al movimiento sindical que reclama aumentos salariales. Allí no hay posibilidad de balance entre el capital y el trabajo que pudiera equilibrar y mejorar los salarios; bajo el régimen represivo en Paraguay, la lucha sindical era controlada, perseguida, reprimida e incluso su dirigencia era enviada a la cárcel; así, sin reclamos salariales, el costo de mano de obra se mantenía bajo. En ese contexto, Rodríguez afirma que la opción es analizar la situación desde los dos enfoques económicos: el neoclásico y el de la economía crítica porque ambos arrojan resultados importantes, sobre todo en casos de desigualdades extremas. América Latina es el continente más desigual del planeta y el Paraguay, teniendo la mitad de los ingresos, está en el medio de los países ricos y países pobres –es decir, produce el 50% de lo que se produce en promedio en América Latina–, pero es el país más desigual del mundo. Es un escenario donde la desigualdad es crónica y enorme; por ello no debe desperdiciarse ningún enfoque teórico para analizar el fenómeno paraguayo que es grave y mantiene mitos que deben ser derribados:

Paraguay es un país donde todos se conocen y se quieren.

– Todos hablan guaraní.

5 “La idea de la mano invisible de Adam Smith”. José Carlos Rodríguez.

- Existe un matriarcado, las mujeres son las que mandan; en Paraguay no hay machismo.
- Y el principal mito: que es el país del igualitarismo, es un país donde reina la unión y la igualdad.

Pero los datos dicen otra cosa: en la actualidad el Paraguay crece económicamente por encima de los índices de la región y también del Primer Mundo, son tendencias positivas, pero insuficientes. El desarrollo paraguayo no tiene sustentabilidad a largo plazo, pues una de las cuestiones fundamentales para que haya sostenibilidad es que se comparta la prosperidad. Y ello no está ocurriendo.

La mitad de la población vive con apenas 100 dólares al mes

Los ingresos monetarios que percibe la población paraguaya se distribuyen de una manera extremadamente desigual. Un ínfimo porcentaje de la población acapara remuneraciones equivalentes a las que podrían recibir personas que forman parte de los estratos más altos de las sociedades con mayor desarrollo relativo y la mitad de la población subsiste con ingresos que se encuentran por debajo del monto que define la línea de la pobreza.

Para poder reconocer mejor estas enormes brechas, Rodríguez realiza una estratificación de la sociedad paraguaya dividiéndola en percentiles de acuerdo con sus ingresos (Ver Cuadro N° 1). Esta segmentación le permite identificar, en primer lugar, estratos que denomina “alto” (equivalente al 10% con mayores ingresos), “medio” (equivalente al 40% siguiente en la escala de ingresos)⁶ y “popular” (equivalente al 50% restante que se encuentra en la base de la escala de ingresos). Lo que encuentra mediante esta operación es que en el año 2014 el estrato alto retenía el 43,1% del total de los ingresos producidos en todo el país; el medio accedía al 40,2%; y el popular (es decir, la mitad de la población) solo conseguía el 16,6%.

6 Quizá sería bueno aclarar que lo que se indica como clase media no se corresponde precisamente a la realidad. Desde el punto de vista sociológico y antropológico, la clase media en Paraguay representa alrededor del 9% de ese último grupo del 10% poblacional (clase alta) y es la que tiene en su casa conexión a internet, vehículo y puede enviar a sus hijos e hijas a la universidad.

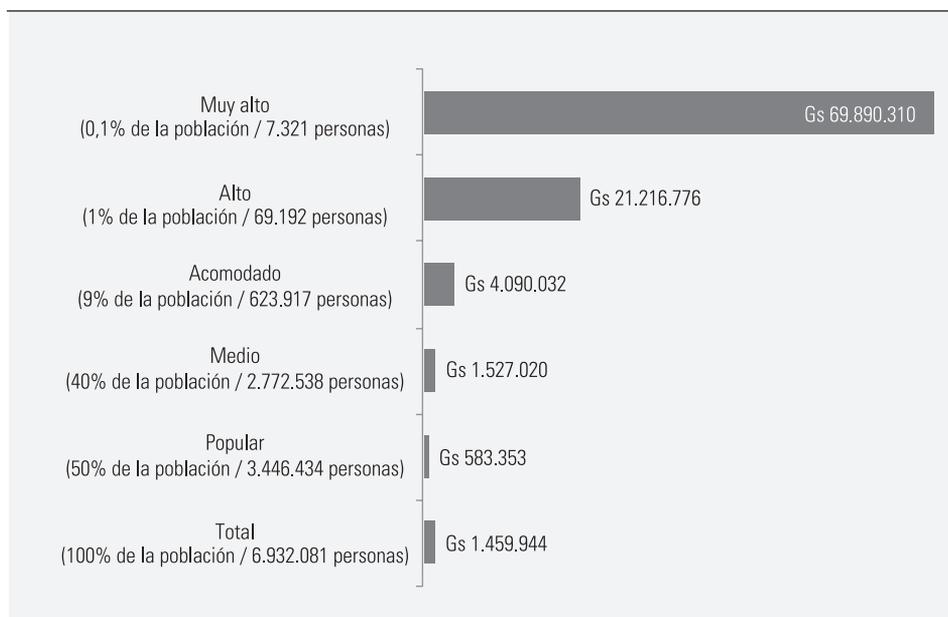
Cuadro N° 1. Distribución de los ingresos entre estratos convencionales (2014)

Estratos	Ingreso per cápita mensual (guaraníes)	Ingreso per cápita mensual (dólares)	% del ingreso nacional
Popular (menos o igual del percentil 50)	494.583	110	16,6%
Medio (Mas que el percentil 50 al 90)	1.451.330	334	40,2%
Alto (más que el percentil 90)	5.902.007	1.431	43,1%
Promedio	1.429.335	320	100%

Fuente: Rodríguez y Sosa Marín, 2018

Estas disparidades son muy grandes. Sin embargo, las diferencias se vuelven todavía más dramáticas si se compara el promedio de ingresos del estrato popular con otros subgrupos que pertenecen al estrato alto (Ver Gráfico N°1). Con este fin, Rodríguez vuelve a dividir el 10% más rico de la población en tres nuevos estratos: “muy alto” (equivalente al 0,1% en la cúspide de la escala de ingresos); “alto” (equivalente al 1% superior); “acomodado” (equivalente al 9% siguiente). De esta manera, demuestra que en 2017 ese ínfimo porcentaje de la sociedad paraguaya concentrado en el estrato “muy alto” (unas 7.321 personas) ganaba mensualmente un promedio de 69.840.310 guaraníes en tanto que la mitad de la población ubicada en los estratos más desfavorecidos (unas 3.466.434 personas) percibía en promedio 538.553 guaraníes mensuales. Dicho de otra manera, la minoría rica obtenía casi 130 veces más ingresos que la mayoría pobre. Además, Rodríguez pone en evidencia que en término medio el Paraguay la población paraguaya no percibe el mínimo ingreso que el sector empleador está obligado a pagar a los trabajadores y las trabajadoras. En 2017, el promedio de ingresos mensuales del total de la población era de 1.459.944 guaraníes, es decir, apenas representaba el 71,5% del salario mínimo vigente para ese año (2.041.123 guaraníes).

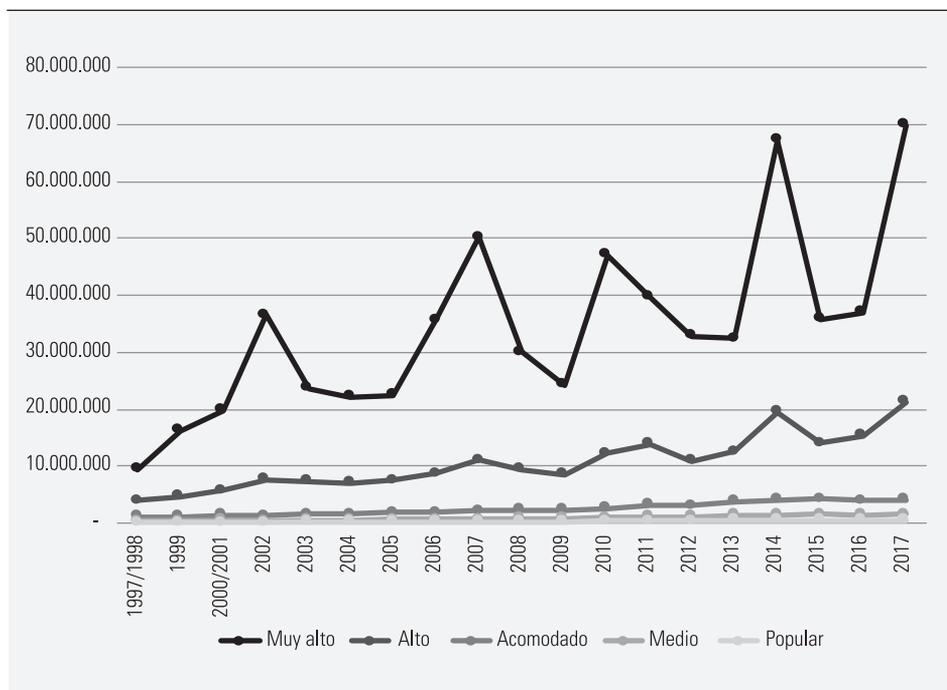
Gráfico N° 1. Promedio de ingresos mensuales en guaraníes corrientes de la población paraguaya dividida por estratos (calculados en base a percentiles)



Fuente: Rodríguez y Martínez, 2018

A ello debe sumarse que el crecimiento económico del que tanto se habla hoy también se configura de manera desigual, pues durante los últimos 20 años (1997-2017) los beneficios se han concentrado principalmente en el reducido estrato de la población que conforma el 0,1% más rico. Esta distribución dispar de los “beneficios” del crecimiento se observa al comparar en qué medida se han incrementado los ingresos de la población desagregada por percentiles y cómo las distancias han aumentado durante estas dos últimas décadas. La clase “muy alta” ha visto cómo el promedio de ingresos mensuales se ha multiplicado por 6 durante el período mencionado; mientras que para la población paraguaya en general solo se ha multiplicado por 3. Pero la evidencia más desvergonzada del incremento de la desigualdad se registra al comparar la evolución de los ingresos mensuales en los estratos ubicados en los extremos de la escala de ingresos. En 1997, el ingreso promedio de la minoría rica era 96 veces mayor que el de la mayoría pobre. Dos décadas más tarde, esta diferencia no hizo más que ensancharse y, como ya se mencionó, llegó a ser casi 130 veces mayor.

Gráfico Nº 2. Evolución del promedio de ingresos mensuales en guaraníes corrientes de la población paraguaya dividida por estratos (calculados en base a percentiles)



Fuente: Rodríguez y Martínez, 2018

En este contexto, Paraguay produce alimentos para satisfacer las necesidades de noventa millones de personas. Sin embargo, tiene cerca de 130 mil personas (aproximadamente el 2% de la población) en situación de carencia nutricional, es decir, están pasando hambre porque no tienen que comer. En 2017, el 28,29% de la población (cerca de dos millones de personas) se encontraba en condiciones de pobreza; y si bien es cierto que la pobreza decreció notablemente en los últimos diez años, ello fue posible mediante la generación de políticas sociales focalizadas en su combate y de programas asistencialistas denominados anti pobreza implementados a partir de 2004⁷. Son las llamadas políticas de nueva generación que buscan alivianar de forma directa problemas graves como el hambre y la extrema pobreza⁸.

7 Principalmente el Programa *Teko Porá*.

8 Hay definiciones diversas de la pobreza. En el caso de los datos estadísticos en Paraguay se considera pobre la persona que no puede cumplir con una dieta básica que le permite estar sana.

La pobreza también se tiñe de manera distinta según zonas geográficas

Existen muchas modalidades de medir las desigualdades además del ingreso, y en el caso paraguayo es interesante también ver el espacio, la geografía; en los departamentos del Paraguay se reparte de manera equilibrada la pobreza, pero no así la riqueza. Dicho de otro modo, una persona que pertenece al 10% más rico de la población, tiene un ingreso mensual de aproximadamente 600 dólares en el departamento de Cordillera, mientras otra persona del mismo grupo en el departamento de Boquerón reporta un ingreso mensual de casi 3.000 dólares. El coeficiente de Gini –forma matemática para medir la desigualdad– explica mejor estas diferencias: el 10% más rico de Boquerón es 118 veces más rico que el pobre, solo por poner un ejemplo, pues el Paraguay es un país desigual en toda la geografía, no hay ningún departamento que se salve de esta situación.

Qué hacer ante estas desigualdades tan obscenas

¿Cuál es la dinámica que está funcionando para que esta desigualdad exista, subsista y no se esté haciendo mucho para cambiar? En primer lugar, los procesos económicos se mueven desde afuera, el Paraguay no construye su economía. Las grandes obras hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá no son obras con un protagonismo predominante del Estado paraguayo. La soja y la carne se producen en territorio nacional, pero sus inversiones y ganancias son de empresas transnacionales, es decir, se desarrolla una economía dependiente de poderes económicos externos.

En segundo lugar, el Estado paraguayo se puede entender como un Vicariato, no representa los intereses de la población y además desarrolla un proyecto de paraíso fiscal con baja presión impositiva, no se paga lo que corresponde a trabajadoras y trabajadores, y se explota la tierra sin ningún límite. En el Paraguay no se defiende la solidaridad social.

A ello hay que agregar un modelo de urbanización donde la característica es la oposición entre ciudad rica y el campo pobre. Éste, por sus potencialidades, no debería estar en esa situación; además este tipo de urbanización construye ciudades que también producen desigualdades, no construye espacios colectivos compartidos donde todas las personas tengan los mismos derechos a gozar de la ciudad. En Asunción y en las ciudades cabeceras de departamentos se vive en enclaves donde hay sistemas diferenciados: de salud, de educación, de seguridad. No se crean sociedades integradas.

En conclusión, el Paraguay es una sociedad fragmentada, incluso por la lengua. El bilingüismo es solo para el discurso oficial, donde se mantiene al guaraní como

un idioma pobre. En síntesis, no existe un proceso dentro del cual se vaya formando una cultura progresista; sin embargo, como se ha visto, la desigualdad se construye políticamente, por tanto, también se la puede deconstruir.

1.2 | Desigualdades, protección social y género

Sobre la base de ingresos de la población, Verónica Serafini y Claudina Zavattiero analizan los datos identificando brechas de género, sobre todo en aquellos aspectos donde el ser mujer se convierte en el principal factor de exclusión o de desigualdad; para ello parten de las políticas de protección social agrupadas en tres ámbitos: las políticas contributivas (o de seguridad social), las políticas no contributivas (o de asistencia social) y las políticas del mercado laboral. Y concluyen que sin solidaridad social no es posible derribar las inequidades que generan la desigualdad.

Uno de los pilares de la cohesión social posterior a la Segunda Guerra Mundial y sobre el cual se centró la reconstrucción de la pos guerra fue la protección social, entendida como “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” (Naciones Unidas, 2000: 3, citado en Serafini, 2017: 3). Ese modelo se expandió de diferentes maneras, sobre todo en Europa, pero básicamente sobre el concepto de trabajo formal, y el Paraguay siguió básicamente ese camino para institucionalizar la protección social. La primera caja de jubilaciones del sector público se creó en 1909 y en los años cuarenta se crearon las primeras políticas de salud y educación y, a partir de allí, hubo un corte de más de 60 años, sin innovaciones importantes.

Recién a inicios del siglo XXI surgen las primeras protecciones de emergencia con la creación de la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN) y varios programas que tratan de enfrentar aquellos aspectos que hacen vulnerables a las personas, como *Teko Pora*⁹, Abrazo, Tarifa Social, y otros. En esa época se expanden en América Latina los programas de transferencia monetaria que buscan cubrir a esos grupos que están debajo del 10 o 20% de los deciles de ingreso, bajo el supuesto de que como éstos no ingresan al mercado formal, el aporte estatal directo es un mecanismo para crear un

9 En idioma guaraní: Vivir bien, vida mejor.

piso mínimo de protección. En Paraguay estas políticas, sin embargo, se han aplicado de manera limitada: del 10% más pobre de la población, el 62,6% de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años no accede al programa de transferencias monetarias condicionadas *Teko Pora* y el 77,3% de la población adulta mayor de 65 años o más, no es beneficiaria de la pensión alimentaria, que se empezó a implementar hacia el año 2010.

A pesar de las críticas relacionadas con el rechazo de las políticas asistencialistas, estas acciones tuvieron impacto positivo y fueron de bajo costo. Actualmente, la discusión gira en torno a cómo pasar de protecciones fragmentadas a la construcción de un sistema de protección social que enfrente todos los riesgos y las vulnerabilidades que sufren las personas. El siguiente mapa construido sobre la información estadística disponible muestra las vulnerabilidades y riesgos que presentan las personas en el Paraguay, según el sexo y los ciclos de vida.

Cuadro Nº 2. Vulnerabilidades y riesgos en Paraguay

Edad	Hombres	Mujeres
	Bajo peso al nacer, desnutrición y malnutrición, trabajo infantil, deserción escolar, viviendas inadecuadas, conflictos con la ley, trabajo no remunerado, afecciones, discapacidad.	Bajo peso al nacer, desnutrición y malnutrición, trabajo infantil, trabajo doméstico y de cuidado, criadazgo, embarazo, mortalidad materna, deserción escolar, violencia de género, viviendas inadecuadas, afecciones, discapacidad.
Juventud	Desempleo, trabajo precario o no remunerado, accidentes y homicidios, conflictos con la ley, adicciones, viviendas inadecuadas, discapacidad.	Desempleo, inactividad, trabajo precario, trabajo doméstico y de cuidado, mortalidad materna, violencia de género-trata, viviendas inadecuadas, discapacidad.
Adultez	Desempleo, trabajo precario, riesgos climáticos y plagas en el sector agrícola, viviendas inadecuadas, discapacidad.	Desempleo, inactividad, trabajo precario, riesgos climáticos y plagas en el sector agrícola, mortalidad materna, violencia de género-trata, viviendas inadecuadas, discapacidad.
Adultos y adultas mayores	Pérdida de ingreso por retiro laboral, enfermedad, invalidez, viviendas inadecuadas, discapacidad.	Pérdida de ingreso por retiro laboral o inactividad económica en la edad adulta, enfermedad, invalidez, viviendas inadecuadas, discapacidad.

Fuente: Serafini y Zavattiero, 2017

Paraguay sigue siendo uno de los países de América Latina más ruralizados, con mayor proporción de una población trabajando en agricultura familiar y uno de los riesgos más importantes que tiene el sector agrícola es el agroclimático, que afecta sobre todo a las personas adultas del sector rural que tienen acceso a ninguna política de protección social¹⁰.

El mapa de vulnerabilidades y riesgos, por ciclos de vida, por sexo y por área permite pensar en una política de protección social universal integrada. Para el sector rural es adecuado un seguro agroclimático, pero para el sector urbano –donde está concentrado el empleo formal– se precisa de otros mecanismos. La cobertura social proveniente del empleo privado alcanza sólo al 22,2% de la población en el Paraguay a través del Instituto de Previsión Social (IPS), que es el único sistema integrado de salud, jubilación y pensión que existe en el país y que tiene además un financiamiento de doble solidaridad, donde, por un lado, las que más utilizan sus servicios son las personas adultas y por el otro, aportan más las personas trabajadoras que ganan más.

¿Qué pasa entonces con aquellas situaciones de vulnerabilidad y riesgos que son imposibles de manejar desde la responsabilidad individual, cuando se tiene solo a una quinta parte de la población paraguaya con acceso a la protección social contributiva? El Estado debería contar con una política social no contributiva, una protección social universal que alcance a toda la población, una política sustentada en un pilar solidario.

Exclusiones y desigualdades en el acceso al empleo y la protección social: Las mujeres llevan la delantera

En este escenario de vulnerabilidades y riesgos se ve cómo afectan a las mujeres determinados factores relacionados con la división sexual del trabajo y el lugar tradicional que ocupan las mujeres en la sociedad. Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH 2016), el 26,1% de la población mayor de 18 años pertenece a la población económicamente inactiva (PEI) y las mujeres de ese grupo llegan al 40,2% y los hombres, el 11,7%. Y en esa misma población, si se observa al 10% más pobre, se puede observar que las mujeres que se declaran económicamente inactivas representan el 53,2%. Estas tendencias se mantienen o son muy similares cuando se observan los datos por áreas (urbana o rural).

10 Recientemente, una organización campesina demandó al Estado la creación de un seguro agroclimático, sin considerar que este tipo de iniciativa exige un sistema de protección social que debe estar integrada, vinculada, a otras políticas.

Tabla Nº 1. Población económicamente inactiva (18 años y más de edad) (2016)

Deciles	Total			Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	26,1	11,7	40,2	25,2	12,7	37,1	27,6	10,1	46,1
10% más pobre	33,9	12,9	53,2	35,1	14,4	52,4	33,8	11,9	55,2
2	32,3	11,7	51,5	36,2	14,4	55,6	31,5	12,6	49,7
3	33,4	13,0	52,2	30,3	12,8	46,0	30,2	9,5	51,3
4	30,2	10,4	49,1	29,1	16,2	40,3	32,7	11,9	52,5
5	29,6	14,5	43,8	23,0	11,1	34,1	30,5	10,8	49,6
6	25,0	11,9	38,4	21,6	11,0	32,3	28,0	9,1	47,6
7	22,8	10,7	34,7	21,7	10,7	32,6	30,4	11,4	51,1
8	20,4	9,9	31,1	19,5	10,8	28,0	27,9	14,4	43,1
9	19,0	11,0	27,4	20,7	13,5	28,2	20,7	6,8	36,0
10% más rico	22,5	12,0	33,3	23,3	13,5	32,7	16,8	5,6	31,5
Diferencia entre decil más rico y decil más pobre	11,4	0,9	19,9	11,8	0,9	19,7	17,0	6,3	23,7

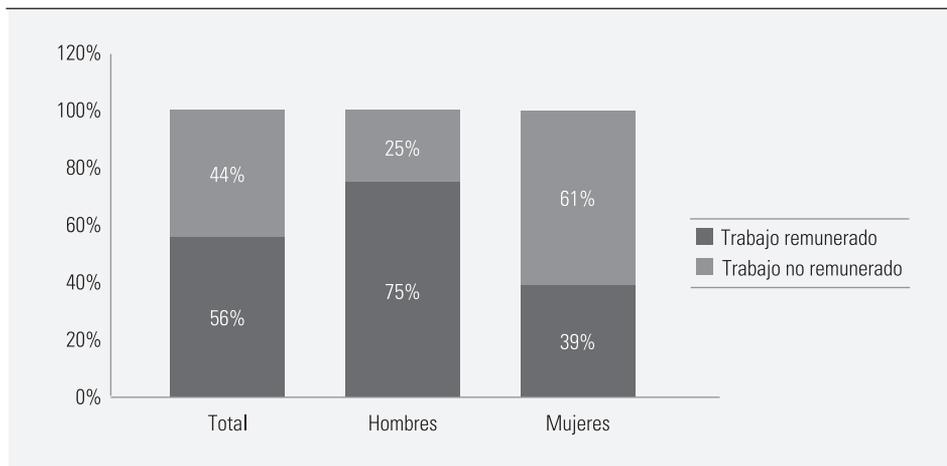
Fuente: Serafini y Zavattiero, 2017

¿A qué se debe que las mujeres estén en los más altos niveles de inactividad? Varios factores inciden en el bajo acceso de las mujeres al mercado formal, pero en primer lugar están las responsabilidades familiares y el trabajo de cuidado que no se comparan y constituyen una de las principales desigualdades de género, debido a la tradicional división del trabajo. Del total de mujeres de 14 años y más entrevistadas para la Encuesta del Uso del Tiempo, el 93,9% realiza trabajo no remunerado, dedicándoles en promedio 28,7 horas semanales, en tanto los hombres solo ocupan 12,9 horas semanales. El 61% del tiempo de trabajo de las mujeres no es remunerado, mientras que los hombres solo le dedican el 25% al trabajo no remunerado¹¹. La distribución

11 El trabajo no remunerado se compone principalmente del trabajo de cuidado a personas en situación de dependencia (niños y niñas, personas adultas mayores, personas enfermas o con discapacidad) y el trabajo doméstico (cocinar, lavar, limpiar la casa). Los datos fueron procesados por Verónica Serafini, y provienen de DGEC, 2017.

de tiempo asignado al trabajo remunerado y trabajo no remunerado indica una gran brecha entre mujeres y hombres:

Gráfico N° 3. Distribución del tiempo asignado al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado por sexo (2016)



Fuente: Encuesta de Uso del Tiempo 2016 (DGEEC, 2017)

De las personas de entre 15 y 29 años que no estudian ni ofrecen su trabajo en el mercado (más conocidas como NiNis, ni estudian ni trabajan), que representan el 18,5% del total de población en ese grupo de edad, son mujeres el 80%, en tanto los varones en esa situación solo llegan al 20%; y son las que le dedican 36,9 horas semanales al trabajo no remunerado, frente a 10,2 horas de los hombres en ese grupo de edad. En cuanto al acceso a la protección social se identifica que el 83,4% de las personas de 65 años y más y que forman parte del 10% más pobre de la población total se encuentra sin jubilación o pensión; es decir, son personas que no ingresaron o no pudieron mantenerse el tiempo necesario en el ámbito laboral para tener acceso a las prestaciones jubilatorias o de pensiones.

La última década trajo un aumento en la expansión del sector público y ello dio ventajas comparativas a las mujeres que ingresaron al mercado de trabajo, principalmente a la docencia y al sistema público de salud, lo que se refleja en el aumento de la cobertura social; sin embargo, son menos las que llegan a acceder a la jubilación. Ello ocurre principalmente por dos motivos: 1) hace dos o tres décadas atrás la inserción

en el trabajo o empleo formal era mayoritariamente masculina, y 2) la falta de permanencia de las mujeres en el sector laboral formal, debido a las responsabilidades familiares y el trabajo no remunerado, tal como se ha dicho más arriba.

Estos datos de la realidad indican que para revertir la desigualdad por razones de género es necesario que el Estado incorpore políticas públicas que alivien el trabajo no remunerado de las mujeres y fomente su ingreso al mercado laboral, de manera que aumente el porcentaje de mujeres con ingresos propios y con acceso a una cobertura social que les permita contar jubilación digna en su vejez.

La matriz de la desigualdad basada en el patriarcado y la división sexual del trabajo

No se pueden explicar las desigualdades económicas sin entender de qué manera se dan las relaciones de género y la división sexual del trabajo. Las encuestas de uso del tiempo muestran cuántas horas más al día trabajan las mujeres que los hombres, y por qué no están insertas en el mercado laboral, a pesar de que muchas de ellas invirtieron en su educación: es porque están ocupadas en realizar las tareas domésticas y de cuidado que no son reconocidas como trabajo que les genere ingresos.

Y aquí viene una pregunta clave: ¿Cuánto debería costar o valer el salario mínimo si éste incluyera todos los servicios que hacen las mujeres de forma gratuita? El trabajo que realizan sin pago alguno la mayoría de las mujeres –criar a sus hijos e hijas, alimentarlas, cuidar su salud y crecimiento, acompañar su formación para que acceda a una educación que le permita una profesión o capacitarse para el empleo– es un aporte económico que no se reconoce aún, y es la principal actividad que las mantiene excluidas del mercado laboral y sin ingresos propios. Sin embargo, esa tarea que realizan las mujeres tiene un impacto fundamental en la protección social, pues están menos cubiertas en la vejez, a pesar de que son las que más han trabajado a lo largo de sus vidas porque:

- hay un sesgo de género en el mercado,
- no se explica por qué ganan 25% menos que los hombres,
- están sub empleadas en periodos largos de tiempo, y son las que aportan oficialmente menos para la jubilación.

Se precisa de solidaridad para apuntar a una protección social incluyente

El Paraguay necesita desarrollar políticas que garanticen una protección social inclusiva que beneficie a todos los sectores de la población; para ello es imprescindible

pensar en términos de solidaridad y reconocer que el sistema público es necesario. El problema es que hoy ese sentimiento de solidaridad está quebrado por los niveles de desigualdad tan altos y trae como consecuencia, entre otros aspectos, que sea el país con mayor gasto de bolsillo en salud en América Latina.

Los datos referidos por José Carlos Rodríguez sobre el ingreso de la población, donde: el 70% de la población alcanza menos del salario mínimo (clase popular); entre el segundo y tercer decil ganan un salario mínimo y medio; un tercer grupo tiene como ingreso promedio un poco menos que tres salarios mínimos (clase media); y finalmente el 1% gana 4 veces más, son indicadores de que el aumento de la clase media es un mito que se instaló, pero que no puede sostenerse por su precariedad, porque se refiere a una clase acomodada que, si se viera despojada de algunas políticas de protección social –con su ingreso promedio menor a 1.000 dólares al mes–, no podría acceder a un servicio privado de salud, a una jubilación privada, o disponer de capacidad de ahorro; es decir, la clase media paraguaya es aquella que ante una enfermedad más o menos compleja de algunos de sus miembros, tendrá que recurrir a la solidaridad entre amigos, vecinos, organizando las polladas, rifas y chorizadas.

Es por eso que en Paraguay es necesario pensar la protección social en términos solidarios, y un sistema de protección social solidario implica un aporte contributivo, pero también no contributivo, que provenga de los impuestos que deben aportar todos los sectores; sin embargo, hasta ahora, la aplicación de impuestos como la Renta Personal no es equitativa pues van ingresando como contribuyentes personas con menores ingresos cada año y ese 1% más rico continúa negándose a pagar impuestos, o paga lo mínimo, porque el sistema impositivo paraguayo, que no es equitativo, lo permite.

Sin una mejora y aumento en la recaudación impositiva, el Estado paraguayo no puede hacer frente a la ampliación de la protección social en el Paraguay. Se precisa entonces de una gran voluntad política y tener como objetivo principal erradicar las desigualdades sociales para dejar de ocupar los primeros lugares de desigualdad en el mundo.

2 | La distribución y uso de la tierra: Concentración, extranjerización, monocultivo y agronegocios

La concentración de la tierra en pocas manos, sumada a la empresarización y la alta tecnología con inversiones de capital que buscan –a través de un extractivismo aguerrido–, lograr mayores ganancias, generalmente para empresas transnacionales, producen a su paso la expulsión de familias enteras de las zonas rurales, poniendo en peligro la continuidad de la producción agrícola familiar, además de los graves desequilibrios que

ocasionan al medio ambiente con el monocultivo y el uso de agrotóxicos. Los doctores Luis Galeano y Ramón Fogel, estudiosos de larga data en estos temas, acercan su análisis para entender la injusta y desigual distribución y uso de la tierra en el Paraguay.

2.1 | ¿A quién pertenece el Paraguay? Un alto porcentaje de tierras tiene propietarios extranjeros¹²

El doctor Luis Galeano ofrece un breve repaso histórico acerca de la distribución de la tierra en el Paraguay, partiendo de la primera venta de tierras públicas en 1883, principalmente a empresas extranjeras, y pasando por las políticas de reforma agraria implementadas en la época del régimen de Alfredo Stroessner (1954 - 1989) con el fin de arrimar elementos que permitan comprender cómo se fue generando esta desigualdad en el acceso y uso de la tierra, donde la soja y la ganadería ocupan grandes extensiones de tierra en detrimento de la agricultura familiar.

En el Paraguay siempre ha habido una alta concentración de la tierra, desde fines del Siglo XIX, todo el Siglo XX y continúa en el Siglo XXI, por tanto, en manos de una pequeña proporción de personas y empresas está la mayor cantidad de tierras agropecuarias del país. El proceso histórico de extranjerización de la tierra en el Paraguay es bastante antiguo; entre el fin de la Guerra de la Triple Alianza (1870) e inicios del Siglo XX ya se habían vendido 26 millones de hectáreas a empresas extranjeras, aunque éstas eran distintas en sus operaciones a las actuales empresas existentes. Las primeras ventas de tierras públicas y la concentración de la tierra tienen importantes implicancias hasta hoy en el proceso de desarrollo del sector agropecuario. Durante el régimen stronista este proceso de extranjerización fue aún más fuerte, sobre todo con el ingreso de pequeños y medianos agricultores –provenientes principalmente del Brasil– que fueron ampliando sus tierras, y con el tiempo constituyeron grandes empresas.

En el año 2005 se aprobó la Ley N° 2532 “Que establece la zona de seguridad fronteriza de la República del Paraguay”¹³, con el fin de proteger la soberanía, impidiendo

12 “Según nuestros cálculos, por lo menos el 19.4% del territorio paraguayo está en manos extranjeras, y nadie parece sorprenderse ni preocuparse. Esa superficie, es equivalente a la de los Departamentos de Itapúa, Alto Paraná, Canindeyú, Amambay y Concepción juntos. Sumados, estos Departamentos tienen 7.708.200 hectáreas. De la superficie total en manos extranjeras, 4.792.528 pertenece a brasileños, y 3.096.6000 a extranjeros de otras nacionalidades” (Glauser, 2009: 35).

13 “Artículo 1º.- Se establece zona de seguridad fronteriza la franja de 50 kilómetros adyacente a las líneas de frontera terrestre y fluvial dentro del territorio nacional. Artículo 2º.- Salvo autorización por decreto del Poder

que ningún extranjero pudiera ser propietario de tierras desde 50 kilómetros hacia las fronteras; no obstante, como otras normativas vigentes, esta ley no se cumple¹⁴, pues al poder político que rige en el país siempre se lo ha vinculado a los negociados de la venta de tierras y privilegios diversos a empresas o personas extranjeras, por lo que, a pesar de la existencia de esta ley, una parte importante de las tierras que lindan las fronteras, continúa siendo de propietarios extranjeros¹⁵. Las consecuencias de este proceso de distribución de la tierra son territoriales, pero también socio culturales ya que, por un lado producen exclusión y migración campesina e indígena –además de los conflictos de lucha por la tierra que existen a la par de la desposesión de tierras, y por supuesto, los problemas relacionados al deterioro del medioambiente–, y por el otro los modos de vida de las familias campesinas¹⁶ se van transformando y aparecen nuevas identidades, nuevas ruralidades, tal como se verá a continuación.

La colonización de tierras para pequeños agricultores

Entre los años cincuenta y setenta del Siglo XX, el régimen stronista desarrolló un proceso de colonización de tierras para la población campesina a partir de latifundios pertenecientes a empresas extranjeras que habían sido abandonados y que fueron adquiridos por el gobierno a bajo costo. Sin embargo, el proceso denominado reforma agraria fracasó porque fue una política fraccionada que solo contemplaba la distribución de tierra y no el apoyo técnico a las familias campesinas, que hubiera permitido el desarrollo de una mejor producción y comercialización de sus productos.

En la zona central del país (en los departamentos Central, Cordillera y Paraguarí), esta política benefició a unas 100 mil familias que se asentaron a aproximadamente 100 kilómetros de Asunción, aunque en poco tiempo estas tierras fueron abandonadas por sus propietarios. A esta política de repartición de tierras, el stronismo sumó la propuesta, o, mejor dicho, la imposición de producir algodón con la promesa de que

Ejecutivo, fundada en razones de interés público, como aquellas actividades que generan ocupación de mano de obra en la zona de seguridad fronteriza, los extranjeros oriundos de cualquiera de los países limítrofes de la República o las personas jurídicas integradas mayoritariamente por extranjeros oriundos de cualquiera de los países limítrofes de la República, no podrán ser propietarios, condóminos o usufructuarios de inmuebles rurales” (Ley N° 2532/2005).

- 14 La primera vez que se intentó realizar un relevamiento acerca de las propiedades que deberían estar protegidas por esta Ley de Frontera, fue durante el gobierno de Fernando Lugo (2008 – 2012) y se supone que ésta fue una de las razones una de las razones por las cuales se produjo el golpe que derrocó este gobierno en junio de 2012, a nueve meses de finalizar el mandato.
- 15 No obstante, hoy día, muchas de esas tierras están ya bajo el dominio de hijos de brasileños nacidos en el Paraguay, y que se conocen como brasiguayos, lo que complejiza la situación.
- 16 Cuando se habla de población campesina tradicional se hace referencia a pequeños agricultores familiares.

éste sería una gran fuente de ingresos, logrando que una alta proporción de familias campesinas abandonara su antigua estrategia de diversificación productiva –producción de varios rubros agrícolas, incluso la pequeña ganadería–, para dedicarse exclusivamente a este monocultivo. Sin embargo, esta apuesta no fue una solución a los problemas del pequeño agricultor porque los precios se determinaban en los grandes mercados internacionales, con lo cual había años en que los precios eran muy bajos; y a ello se sumaba la intervención de intermediarios en la zona de producción del algodón, lo que resultaba en muy bajos ingresos anuales para los productores, además de otros problemas que fueron surgiendo con el tiempo: la aparición de la plaga del picudo, la tendencia cada vez más decreciente en el precio internacional y, por supuesto, la llegada del cultivo de la soja.

Entre los años ochenta e inicios de los noventa, estas familias campesinas tuvieron que vender sus tierras, sus implementos de trabajo e incluso sus animales con el fin de pagar las deudas contraídas cada año para la producción del algodón, y así entraron en un rápido proceso de abandono, de expulsión y pobreza campesina. Gran parte de estas tierras que fueron compradas por parcelas a los pequeños agricultores, son las que hoy conforman las grandes plantaciones de soja, principalmente en la zona de Caaguazú.

El ocaso del viejo escenario rural: Las disputas entre ganaderos y campesinos

La lucha por la tierra ha sido un conflicto social y político siempre estuvo presente en la historia paraguaya. En 1903 hubo una lucha campesina muy fuerte en Concepción donde murieron muchos campesinos que se resistieron a ser expulsados de las tierras públicas que habían sido ocupadas por una empresa extranjera. Esta crisis rural fue uno de los factores que desembocó en la llamada guerra civil de 1904. Desde entonces, ha habido, en mayor o menor medida, luchas entre estancieros y pequeños campesinos, la mayoría de éstos, asalariados.

Hacia fines de 1980, el latifundio rentista ganadero se fue transformando. A las empresas capitalistas extranjeras se les sumó el empresariado nacional que se insertó con fuerza en el mercado, formándose así lo que hoy se conoce como la nueva burguesía rural empresarial, aunque con características propias. Con mentalidad renovada surgió un gremio fuerte y posicionado política e ideológicamente, la Asociación Rural del Paraguay (ARP), y en contraste, hubo una descomposición estructural del campesinado, un debilitamiento de las comunidades y un éxodo campesino creciente. La producción ganadera adoptó cambios importantes en el proceso de modernización, con grandes inversiones de capital y uso de tecnología acorde a las grandes empresas;

con ello se logró que hoy Paraguay figure entre los cuatro primeros países exportadores de carne a Rusia, junto a Brasil, Uruguay y Argentina. Una de las zonas que más ha modificado su forma de producción es el Chaco paraguayo, especialmente, el departamento de Boquerón.

Junto con la producción extensiva de la soja, las empresas capitalistas agropecuarias han hegemonizado este proceso –denominado más comúnmente agronegocio–, que explota la tierra con el uso de químicos para mejorar la rendición del suelo, pero dañando seriamente la salud de las personas y del medio ambiente. El uso de grandes extensiones de tierra para la agricultura mecanizada, que genera un bajísimo número de fuentes de empleo, así como en el rubro ganadero, donde la ley establece que puede tener trabajadores que reciben un pago mensual de apenas una cuarta parte del salario mínimo vigente, se constituyen en dos de los grandes privilegios que gozan los grandes empresarios nacionales y extranjeros en el Paraguay. Lo tercero y más escandaloso aún es la baja obligación tributaria que tienen estos sectores de producción.

Las nuevas ruralidades

Si bien en todas las zonas del país se ha registrado, en mayor o menor grado, el fenómeno de la expulsión del campesinado tradicional, es en la región más antigua –Central, Cordillera, Paraguari y parte del Guairá–, donde se está produciendo un acelerado proceso de descampesinización. Algunos de los rasgos más relevantes de esta región son: mayor importancia en ocupaciones no agrícolas, creciente producción de artesanías y pequeñas industrias, y lo principal, una importante proporción de población económicamente activa que continúa viviendo en las comunidades rurales, pero que trabaja como asalariada en los mercados urbanos próximos. A ello también se le suma el componente de migración, sobre todo al extranjero.

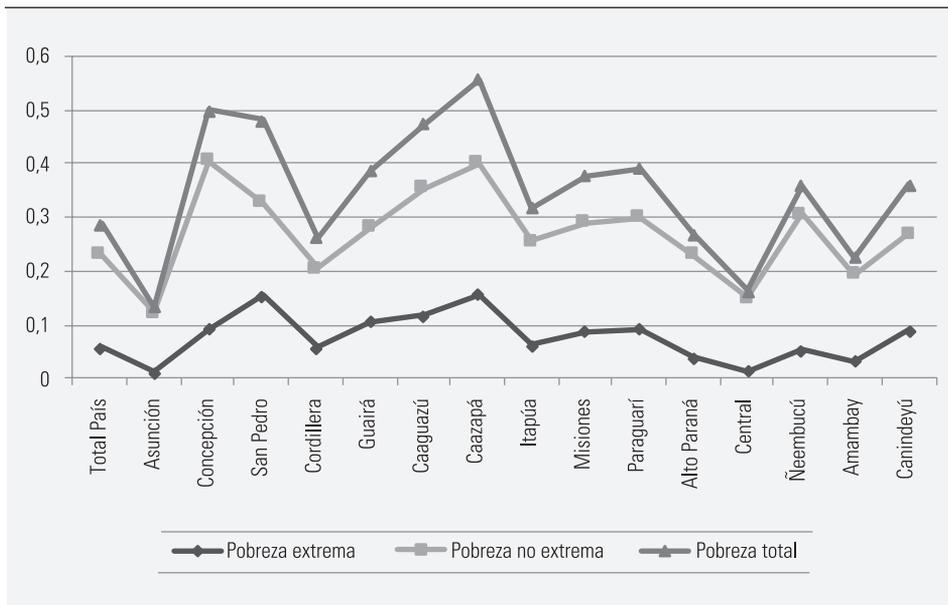
Los datos muestran este cambio, especialmente en el departamento Central: en el año 2002, de toda la población económicamente activa rural, el 28% eran empleados asalariados, obreros que trabajaban en mercados laborales urbanos, y en 2009 este porcentaje se incrementó al 40%. Esta idea de nueva ruralidad se sostiene además con otros indicadores:

- Persistencia de la agricultura intensiva, sobre todo de la horticultura y la fruticultura aunque no numerosas, están articuladas e insertas en el mercado.
- Mayor difusión de la aldeización y la vinculación con el mundo de la globalización. En el departamento Central, el 90% de los hogares rurales tiene acceso a energía eléctrica y el 92% cuenta con televisión y teléfonos móviles.

- **Recomposición del capital social y cultural:** Los jóvenes del sector rural no tienen un nivel de estudios muy diferente a sus pares del área urbana, que alcanzan un promedio de 11 años de estudio; ello debido sobre todo a la proliferación de colegios secundarios en las áreas rurales del departamento Central.

Estos procesos de cambio inciden en el impacto de la desigualdad y exclusión y generan mayor pobreza rural. En 2016 la pobreza total fue de 28,86% y la pobreza extrema fue del 5,73% a nivel nacional, en tanto los departamentos con mayor población en pobreza extrema son San Pedro (15,43%), Caazapá (15,69%), Caaguazú (11,88%) y Concepción (9,36%). Sin embargo, en Cordillera la pobreza extrema es relativamente baja (5,74%) y sobre todo en Central donde tanto la pobreza como la pobreza extrema tienen menores porcentajes que el resto del país: 16,45% de pobreza total y 1,37% de pobreza extrema (DGEEC, 1997 - 2016). El siguiente gráfico muestra cómo se concentra la pobreza extrema en esos departamentos.

Gráfico N° 4. Población según estatus de pobreza por departamento (2016)



Fuente: DGEEC (s.f.) *Incidencia de pobreza y pobreza extrema por Departamento, 1997 a 2016.*

A la luz de estos datos de pobreza y pobreza extrema concentradas en determinadas zonas geográficas, es necesario reflexionar acerca de estas nuevas ruralidades y cómo las condiciones que se ofrecen a la población aportan en la disminución de la pobreza y mejoramiento de sus condiciones de vida. Son indicadores importantes que el Estado debería tener en cuenta al diseñar políticas públicas para atacar la pobreza rural.

2.1 | El agronegocio: Un proceso fulminante de rápida destrucción de la economía campesina

El doctor Ramón Fogel se refirió a la desigual distribución de la tierra que promueve la expansión acelerada del agronegocio y deja consecuencias de gran magnitud al campesinado pobre. Actualmente empresas agrícolas de gran porte acaparan las tierras más fértiles del país para el cultivo de la soja, principal rubro de este ingente negocio. Se habla principalmente de productores de origen brasileño que responden al poder de las grandes corporaciones con base en los Estados Unidos y controlan la tecnología, el procesamiento y los mercados.

Además de ser el país más desigual del mundo junto a Brasil, el Paraguay porta el triste privilegio de ser el primer país transgénico del planeta. Ocupa el sexto lugar en cuanto a superficie utilizada, pero es el primero en cuanto a proporción de la superficie total de cultivos transgenizados, según datos del Servicio Internacional para la Adquisición de Aplicaciones Agrobiotecnológicas (ISAAA, por sus siglas en inglés)¹⁷. Esto tiene implicaciones en la reconfiguración de los territorios y el extractivismo a gran escala, donde Brasil es el mayor productor de soja y el Paraguay destina una parte importante de sus tierras a empresarios extranjeros, principalmente brasileños. ¿Cómo se da esa reconfiguración de los territorios rurales? De forma paulatina, se fue concentrando la propiedad de la tierra, a través de la entrega de parcelas de medianos empresarios sojeros (brasileños) a empresas propietarias de silos como pago de deudas. Por las características de la economía a escala¹⁸, las grandes empresas iban

17 Un panorama más amplio acerca del cultivo a gran escala de la soja y las consecuencias para la población puede verse en: *Paraguay: soja transgénica y la violación de los derechos humanos*. Disponible en: <http://jubileosuramericas.net/paraguay-soja-transgenica-y-la-violacion-de-los-derechos-humanos/>

18 La economía de escala está asociada a la extensión de la tierra, pues no se puede obtener rentabilidad con terrenos pequeños ni medianos; es sabido que a mayor extensión de la tierra los costos de producción bajan, por tanto, la estrategia es ir ganando (comprando o alquilando), parcelas pequeñas o medianas y así se va ampliando la tierra en manos de grandes empresas. Referencia y ampliación sobre este tema, véase en Ávalos, G. et al. (2017).

absorbiendo esas parcelas, creciendo rápidamente y a su paso fueron despoblando los territorios, porque la producción mecanizada absorbe poca mano de obra, con todo lo que ello implica para la población campesina asalariada¹⁹.

A este escenario de concentración de la tierra se le suma el deterioro del medio ambiente y de la salud de las personas. Las grandes extensiones de tierra destinadas para el cultivo de la soja se someten a tratamientos con agroquímicos para combatir las malezas, y cada vez se necesitan herbicidas más potentes para controlarlas. Entre los años 2014 y 2015 aumentó en un 9% la aplicación de un herbicida que se usaba en la guerra de Vietnam como arma química y se lo conocía como agente naranja. Ese agente naranja que causó estragos en la población de veteranos de guerra de ese país, se está usando ahora para controlar las malezas más resistentes y provoca contaminaciones que van expulsando a poblaciones enteras porque ya no pueden cultivar sus alimentos y son víctimas de diversas enfermedades²⁰.

Estas catastróficas consecuencias por la expansión del cultivo de la soja: contaminación del medio ambiente, enfermedades mortales y expulsión de familias campesinas, no tienen hasta ahora una contestación firme del Estado; no se implementan políticas que traten de compatibilizar el agronegocio con la agricultura campesina²¹. Pero no solo los sectores campesinos son perjudicados; los pueblos indígenas pasan por el mismo proceso de despojos, pero de una manera aún más flagrante: empresarios sin escrúpulos ocupan o alquilan las tierras indígenas, muchas veces con el consentimiento de los líderes, otras aprovechándose de las barreras culturales que los separan, y con el beneplácito de jueces y fiscales convalidan supuestas ventas de tierras y descartan el cumplimiento de las leyes que prohíben arrendar o transferir tierras de las comunidades indígenas.

19 Ciertamente al fenómeno de la soja hay que agregar otros factores que intervienen en esa reconfiguración que deja los territorios sin sus actores tradicionales. Son problemas complejos que requieren vincularlos a otros procesos más globales, es decir, hay que buscar maneras de inserción en políticas de alcance más global en este mundo multipolar.

20 En EE UU existen investigaciones que muestran el aumento de problemas neurológicos y cancerígenos a causa del glifosato, uno de los agroquímicos más utilizados en Paraguay a pesar de su prohibición. Aquí los datos de morbimortalidad aún no registran problemas neurológicos (o al menos no se los ubica), aunque se reporta el aumento de muertes por neoplasia maligna en un periodo corto y un 25% de mortalidad infantil corresponde a casos de malformaciones, todas enfermedades que la ciencia biomédica relaciona con la soja. Otro dato llamativo es que la empresa Monsanto es la que produce la medicina para controlar los efectos de la enfermedad de Alzheimer que, junto a la demencia senil, también ha aumentado en Paraguay. Vale decir que una misma empresa produce la enfermedad y la medicina (Ramón Fogel).

21 Hubo programas y proyectos aislados que no prosperaron por falta de planificación y previsión adecuada como, por ejemplo, los invernaderos que no resistieron a los cambios climáticos.

¿Qué hace el Estado? Apuesta al agronegocio

Las políticas que se implementan desde el Estado apuntan principalmente a fortalecer el modelo agroexportador que, a juzgar por los datos, no aportan en la mitigación de las desigualdades que sufre el sector campesino tradicional. El 80% del presupuesto del Instituto de Tecnología Agropecuario se destina a la compra de semillas provenientes de Cargill que prohíbe cultivar variedades nativas por los problemas que supuestamente acarrearán. La contracara de la expansión del agronegocio ha sido el achicamiento de la agricultura campesina; a la falta de políticas, incentivos y apoyo técnico para el cultivo emblema del algodón –que desde finales de la década de los ochenta ya se fue abandonando–, se sumaron otros problemas como la aparición de la plaga del picudo algodonero²² y la caída de los precios internacionales, ante los cuales el Estado apostó a otros cultivos, como por ejemplo, el sésamo, que también fracasó, principalmente por la falta de provisión de semillas aptas, los problemas climáticos y también por la caída del precio internacional; hubo otras políticas de apoyo a la agricultura familiar pero tampoco tuvieron éxito²³.

Se está entonces ante un panorama desolador. Un proceso rápido de destrucción de la economía campesina con todo lo que ello significa: expulsión de los campos por falta de tierras y asistencia técnica, como también por falta de mercados para los pocos productos de la agricultura familiar que se pueden cultivar. En contrapartida tampoco se ha desarrollado políticas que intervengan en los nuevos procesos sociales que se gestan. La migración del campesinado a las ciudades no trajo consigo ofertas de empleo que ocupen la mano de obra, principalmente de jóvenes que pasan a vivir en las ciudades en profundo desamparo. El agronegocio no genera empleo y es el modelo de producción económica predominante en el Paraguay.

22 “El *anthonomus grandis* Boherman o picudo algodonero es la plaga más importante del cultivo de algodón en toda América, ya que causa graves daños a la producción. Nicaragua, Costa Rica, Paraguay, Venezuela, son países en donde la aparición del picudo produjo la desaparición del algodón como cultivo, mientras que en Colombia y Brasil ocasionó una fuerte reducción de la superficie de siembra y la transformación del estrato productivo con la consecuente desaparición de los pequeños productores, quedando la producción en manos de grandes productores y grandes superficies” (Mondino, s.f.).

23 Por ejemplo, el *kaà heè* (Stevia rebaudiana) que en 2002 se cultivó en 68 mil hectáreas y después el cultivo bajó a más de la mitad. Actualmente el Ministerio de Agricultura y Ganadería está desarrollando una propuesta para aumentar el cultivo a 50.000 hectáreas.

3 | Vivir en las ciudades con dignidad: ¿Es un derecho?

El fenómeno de la urbanización en Paraguay ocurre en el marco de procesos paralelos de crecimiento y de desigualdades extremas. La ciudad capital expulsa a familias ante la imposibilidad de pagar los altos impuestos inmobiliarios, pero a la par ingresan familias campesinas que han sido expulsadas de sus comunidades por la falta de tierra para producir. Así, por un lado, las primeras van a vivir a ciudades nuevas, cercanas a la capital, pero aisladas por la falta de servicios básicos (luz, agua, caminos, transporte público, etc.), en tanto las segundas pasan a ocupar espacios que nadie quiere, las riberas de los ríos o zonas degradadas por el suelo y la basura; en paralelo surgen ciudades intermedias que repiten nuevamente fenómenos de expulsión y generación de nuevas desigualdades.

3.1 | “Ciudades intermedias en el Paraguay como reveladoras de un nuevo escenario de desigualdades”

Paraguay se encuentra entre los países menos urbanizados del continente con un 61% de su población habitando en las ciudades. Para la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) son áreas urbanas “todas las cabeceras de distritos oficiales, definidas conforme a leyes administrativas, presentan forma amanzanada, sin tener ninguna otra consideración especial” (DGEEC, s.f.: 563). De esta definición surge una de las preocupaciones del geógrafo Kevin Goetz, quien afirma que es necesario analizar lo que se define como urbano, pues en el Paraguay las ciudades que se van urbanizando tiene características propias, pues “somos urbanos cuando tenemos una estructura socioeconómica lo suficientemente diversificada o cuando tenemos una cierta densidad y diversidad de actividades en un sitio determinado”, y pone ejemplos de varias poblaciones del interior de país que cumplen con estas características, y sin embargo, no se contemplan en las estadísticas como ciudades.

Otro cuestionamiento que realiza Goetz está referido a ciertas afirmaciones que provienen, en general, de organismos internacionales que señalan que cuánto más urbanizado es un país, más desarrollada es su economía y su sociedad. Comenta que en su tesis doctoral analizó el Paraguay urbano que se está gestando en el interior del país, poniendo en cuestión, entre otros puntos, el modelo de desarrollo social y económico que representa la urbanización, porque siendo ésta singular y específica, propone la necesidad de comprenderla, si se quiere incidir en las políticas públicas de manera eficiente. El desafío de sostener una sociedad democrática exige estudiar,

investigar y debatir sobre estos asuntos referidos a la urbanización, el crecimiento urbano y las políticas públicas.

Cómo fue creciendo la población paraguaya

El Paraguay tuvo problemas para poblar efectivamente su espacio interior hasta mediados del Siglo XX, cuando se dio una explosión demográfica que reconfiguró por completo la ocupación del espacio paraguayo, que no se pobló de la misma manera que otros países de la región –éstos vieron crecer sus ciudades medias y sus metrópolis–, sino que lo hizo con un singular crecimiento de su población rural. Entre 1962 y 2002 su población urbana aumentó nueve veces y su población rural también se multiplicó.

Sin embargo, el modo de crecimiento produjo graves problemas que se arrastran hasta hoy debido, entre otros factores, a la falta de planificación urbana. Las medidas autoritarias del siglo pasado, como la colonización agraria de los años sesenta hasta las implementadas en los noventa, fueron descomprimiendo ciertos territorios y desconcentró una población campesina con pocas tierras y pocos recursos²⁴, generando comunidades dispersas con terrenos de 10 - 20 hectáreas y limitada infraestructura (tanque, escuelas y puestos de salud dispersos), lo cual generó un inviable proceso de equipamiento coherente en el territorio nacional. La cuestión de la densidad no fue abordada con rigurosidad en el Paraguay, en contraste con otros países de la región, constituyéndose en un gran desafío para las políticas públicas.

El interior del país se fue ocupando con una población campesina que no se instaló en las principales ciudades. La falta de oportunidades les fue aislando y les empujó a muchos a migrar a otros países en busca de mejores condiciones de vida, especialmente a la Argentina; es por eso que hay que considerar que la segunda ciudad más poblada por paraguayos sea Buenos Aires y no Ciudad del Este.

Asunción era la ciudad hegemónica donde se concentraban los poderes económicos, políticos y administrativos, y existían pequeñas ciudades como Concepción (aislada por el régimen de Stroessner por haberse gestado allí los primeros actos de la Revolución del '47) y Villarrica, ciudad secular. También destacaba Encarnación, ciudad del cual era oriundo el dictador, y a la que llegó la primera ruta del país. Paralela-

24 El general Stroessner fue muy hábil, pues con este tipo de medidas pudo conciliar dos desafíos importantes; por un lado, poblar el interior con una población que era "peligrosa" porque podía encarnar la revolución campesina y por el otro, dar espacio geopolíticamente al Brasil para que éste pudiera instalar sus intereses en el país.

mente, otros centros urbanos existían dificultosamente, porque no se podían encarar procesos de diversificación socioeconómica lo suficientemente profundos para que crecieran como ciudades, lo que fortaleció un modelo singular nacional de ciudad.

Este modelo de urbanización siguió vigente durante varias décadas porque las ciudades del interior no consiguieron tener el protagonismo suficiente para crecer, principalmente debido a condiciones políticas y económicas. Mayoritariamente, las poblaciones rurales se veían obligadas a dirigirse a la capital para acceder a servicios o equipamientos públicos, ya que las ciudades del interior no lograban desarrollar procesos de crecimiento en infraestructura y administrativos que les permitiera cierta autonomía. No obstante, las poblaciones rurales siguieron creciendo en un contexto de transición demográfica con altas tasas de fecundidad que compensaban el saldo migratorio de las poblaciones que migraron. Población y ciudad crecían entonces con poca planificación y sin equipamientos básicos.

No obstante, con el fenómeno de las ciudades de fronteras que requerían cada vez más mano de obra y creaban nuevos negocios, fueron creciendo otras ciudades a lo largo de las rutas, como Coronel Oviedo y Caaguazú, que fueron desplazando en términos demográficos a las antiguas ciudades; a pesar de que la urbanización no era deseada, tampoco el campo ofrecía muchas opciones, lo que daba lugar al desplazamiento de personas a estas nuevas ciudades en busca de algún trabajo que les permitiera la sobrevivencia.

Ciudades intermedias: ¿Nuevas expulsoras de la población rural?

En la Región Oriental del Paraguay se están configurando nuevos fenómenos urbanos, dentro de los cuales se da el traslado de una sociedad eminentemente rural a algunas nuevas formas de urbanización que permiten visualizar nuevas pautas de desigualdades, porque ¿quién tiene derecho a la ciudad? En ciudades que son resultado de la fuerza de trabajo y que no están reguladas por el Estado, el derecho a la ciudad es mínimo porque las oportunidades son escasas, los pocos empleos se ocupan rápido y los servicios colapsan pronto. Y esto es lo que está ocurriendo en estas nuevas ciudades del interior del país, identificadas como ciudades intermedias²⁵, que también ex-

25 “Estadísticamente, se puede considerar a las ciudades de “rango demográfico intermedio”, aquellas ciudades que no hacen parte de un área metropolitana y aquellas que no son urbes demasiado pequeñas (...)” Sin embargo, “la categorización estadística de “ciudades intermedias” no es suficiente para comprender la verdadera función de las ciudades. En otras palabras, no es porque una ciudad es clasificada como “intermedia” que actuará como centro urbano de segundo orden (después de las aglomeraciones) en la organización regional” (Vázquez, F. y Goetz, K., 2013: 28).

pulsan a quienes ya no pueden acceder a estas nuevas formas de vida urbana porque no hay suficiente cabida para todos.

Estas ciudades intermedias –que en realidad fueron resultado de la expulsión del campo, de la agricultura mecanizada y tecnificada–, han podido cumplir el sueño de vivir en la ciudad solo a una parte de esa población rural, que ya no se dedica a trabajar la tierra y que aspira a gozar de los beneficios que ofrece la ciudad. Son ciudades que cuentan con equipamientos colectivos, hospitales, hoteles, universidades y generan fascinación en las personas que sueñan con la vida urbana en el interior del país. Sin embargo, cuando ya no pueden cobijar a toda la población empiezan a producir, como en Asunción, fenómenos de asentamientos precarios y barrios en condiciones de marginación social, donde las personas se instalan a pesar de ser lugares indeseados, a orillas de arroyos o pequeños ríos²⁶. En tiempos de lluvias o crecidas, la población que habita estos espacios pasa a estar en situación de emergencia y las ciudades que debería ofrecerle asistencia no tienen ni la capacidad ni los recursos para hacerlo, porque son ciudades que han crecido a pulmón, sin ninguna ayuda del Estado y deben enfrentar desafíos enormes, entre ellos, los relacionados con esta coyuntura económica, donde ya hay menos intercambio, menos empleo, menos oportunidades.

El desafío de definir lo urbano en Paraguay

La estructura urbana en Paraguay sigue siendo muy desequilibrada. La Gran Asunción cuenta con aproximadamente 2,5 millones de habitantes y la segunda ciudad más poblada, Ciudad del Este tiene 555 mil habitantes, en tanto la tercera, Encarnación, tiene poco más de 200 mil habitantes. Ante este panorama, un primer desafío es entender qué es lo urbano para el país, qué es población rural –atendiendo a las nuevas configuraciones y las nuevas formas de vivir económica y socialmente–, y la necesidad de entender la importancia de las ciudades intermedias, y a partir de allí, pensar en términos de intervención del Estado en esos nuevos espacios urbanos que intentan aglutinar a una población rural que se obstina en no decaer y que si no es atendida vendrá a ocupar Asunción, sus asentamientos o continuará migrando para ocupar Buenos Aires o ciudades de la ya no lejana España.

Hay un Paraguay contemporáneo que espera respuestas ante fenómenos específicos como una población económicamente activa (PEA) que ha cambiado sustancialmente: en 1962, el 56% de la PEA trabajaba en el sector primario y para el año 2015

26 “La paradoja en el Paraguay que es el agua que debería ser la principal fuente de nuestras riquezas y de nuestro bienestar, es en la realidad sinónimo de pobreza, porque allí donde hay agua, hay pobreza” (Kevin Goetz).

había bajado al 23%. Se ha formado una economía terciaria que irrumpe con fuerza en el interior del país, pero no ha podido acoger a toda la población rural.

El Estado no se apropió del fenómeno de la urbanización; de manera puntual realizó algunas acciones de equipamiento en algunas ciudades, pero no se anticipa, no planifica, sigue instalando escuelas en donde hay dispersión; no ofrece formación y capacitación a la población joven para ocupar fuentes de trabajo que generan las economías de las ciudades del interior y entonces se pierden oportunidades. Por todo ello, el ordenamiento territorial y la urbanización son aspectos prioritarios que deben ser atendidos ante los grandes desafíos de la ocupación espacial y las desigualdades existentes hoy en día en el Paraguay.

3.2 | Genealogías de los asentamientos urbanos

La arquitecta Ana Flores comparte sus investigaciones y experiencia de trabajo acerca de los asentamientos urbanos que, según sus afirmaciones, son lugares de producción de desigualdades, donde aparecen múltiples carencias que resultan en una baja calidad de vida. Chabolas, asentamientos irregulares o informales, favelas, suburbios, villas o La Chacarita, son muchos los nombres asignados a espacios ocupados principalmente por personas y familias de escasos recursos, que deben vivir apartadas de todos los beneficios de vivir en la ciudad.

En 2011 la Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat (Senavitat) desarrolló una definición de los asentamientos precarios y lo planteó como el conjunto de viviendas, generalmente en situación de precariedad, que están agrupadas geográficamente en asentamientos espontáneos, bajo tenencia irregular, ocupados o tomados, que no están en condiciones aptas para la habitabilidad, o que están en zonas ambientalmente degradadas y que tienen altos índices de pobreza.

Para comprender mejor la conformación de Asunción es necesario remontarse a la historia colonial. Como ciudad fundacional en el Siglo XVI, Asunción ya presentaba una sectorización que se mantiene hasta hoy: un centro ocupado por las personas privilegiadas de la ciudad, la administración, el clero, los conquistadores y hacendados ricos y comerciantes acaudalados; después venía una zona intermedia habitada por una población de menor nivel adquisitivo, como los hidalgos empobrecidos y pequeños comerciantes y, por último, estaban los arrabales, lo que entonces eran las afueras de la ciudad donde se desarrollaban actividades variadas de tipo zambo, agrícolas y

ganaderas. Hasta el Siglo XVIII persistió esta sectorización, aunque ya fueron apareciendo las ocupaciones de los bordes del Río Paraguay.

El asentamiento más significativo, el barrio Ricardo Brugada, más conocido como La Chacarita, se fue formando desde esa época. Entre la época de la Independencia (1811) y antes de la Guerra de la Triple Alianza (1865 - 1870) los gobiernos fueron enfrentando los problemas propios de los asentamientos costeros –las inundaciones por crecidas del río, principalmente–, con modificaciones del trazado urbano y expansión de la zona central, sin que se atiende el problema de los asentamientos pobres. No obstante, para entender el origen de las desigualdades actuales hay que remontarse a la época de la post guerra (1865 – 1870) cuando se sancionó la ley de venta de tierras públicas²⁷, que fue el instrumento con el cual se inició el proceso de despojo de la tierra de los paraguayos, según el historiador Carlos Pastore.

A inicios del Siglo XX empezaron a ocuparse zonas de reserva de Asunción, aquellas en las cuales aún no se habían producido ocupaciones de tipo habitacional. Siempre siguiendo a Pastore, hacia 1890 no más de 10 terratenientes y loteadoras controlaban la oferta de tierras en la ciudad, lo que explica por qué el acceso a la tierra siempre fue un problema en el Paraguay. La titulación de propiedad además era muy baja, hacia 1938 sólo el 5% de las tierras pertenecía a paraguayos/as; la mayor parte correspondía a grandes propietarios extranjeros y empresas transnacionales. Esta situación, unida a motivaciones políticas, desencadenó un importante movimiento migratorio hacia países vecinos. Con el inicio de la dictadura stronista se pusieron en marcha planes de desarrollo rural con el fin de ir expandiendo la ocupación del país en áreas del interior. Este proceso se encontró con otro factor de desigualdad: una ley de inversiones extranjeras que brindaba beneficios diferenciados a empresas extranjeras, en detrimento de sectores campesinos que no podían competir con los grandes recursos de aquellas, y producía oleadas migratorias y abandono de esas áreas rurales. Las poblaciones que no migraron al exterior se instalaron paulatinamente en los terrenos fiscales de los bordes de la capital.

En la década de los sesenta del Siglo XX, con la ley de colonizaciones y urbanizaciones de hecho (Ley N° 622/1962) se intentó ordenar las poblaciones estables asentadas en propiedades privadas y regularizar la tenencia. Sin embargo, esta misma ley

27 “Las Leyes de las ventas de las tierras públicas, hechas en 1883/1885, posibilitaron el cambio más radical de la tenencia de la tierra en toda la historia paraguaya. Miles de campesinos fueron despojados de las tierras en que estaban sus hogares y sus cultivos. Pueblos enteros quedaron bajo propiedad privada. Es que el sistema de tenencia de tierras que venía de la época de la Independencia, de los gobiernos de José Gaspar Rodríguez de Francia y de los López, no se necesitaba título de propiedad para utilizar las tierras del Estado” (Flecha, V., 28/05/2011).

permitió la especulación de corredores inmobiliarios que, ante la falta de documentación legal, se apropiaron de grandes extensiones de tierra y posteriormente las pusieron a la venta bajo el sistema de lotes fraccionados, fenómeno que continúa hasta hoy.

Además del crecimiento de Asunción, las ciudades aledañas también se fueron poblando, pero a partir de fines de los ochenta, empezó a crecer el departamento Central en tanto la población asuncena se fue estancando, aunque siguió aumentando la ocupación de las franjas ribereñas de Asunción. Pese a que no se cuenta con datos más accesibles y actualizados, se estima que hacia el año 2006 la población ribereña de Asunción había crecido un 25%²⁸. El estancamiento de su población se explica, por un lado, con el fenómeno de la expulsión de familias asuncenas de clase media, que no podían sostener los costos inmobiliarios y vendían sus propiedades para trasladarse a otras ciudades, y por el otro, la llegada de familias que fueron asentándose en terrenos de entes descentralizados o municipales (públicos o privados). La diversa calidad de suelo o tipo de ambiente propiciaron a su vez la clasificación de los asentamientos en:

- Los asentamientos intraurbanos son aquellos que se desarrollan insertos en la trama urbana normal o formal (generalmente en propiedades estatales o de entes centralizados).
- Asentamientos o inmuebles que están en propiedad pública municipal o propiedades privadas municipales que podrían ser regularizados o ser objeto de transferencia.
- Los inmuebles residuales o degradados, o en proceso de degradación ambiental.
- Los asentamientos costeros, de ríos y arroyos que se establecen a lo largo de varios municipios. En Asunción, este tejido sobre el Río Paraguay ocupa el 14% de las 11.700 hectáreas.

El principal problema de los asentamientos es la precariedad de las viviendas, y a ello se le suman las inundaciones –en el caso de los asentamientos costeros–, pero también la degradación a la que están sometidas las aguas por los desechos industriales que se vierten en ellas. Además, desde hace ya unas décadas los asentamientos son el modelo frecuente de instalación de familias que buscan un techo para vivir, ya no solo en Asunción y alrededores, sino en distintos puntos del interior del país. Este modo de búsqueda de una vivienda para vivir, asentamientos en situación de informalidad, ha dado origen a un fenómeno de crecimiento poblacional urbano y suburbano sin ningún tipo de planificación que acarrea graves problemas, aún sin resolver.

28 En 1990 se registraba la presencia de aproximadamente 10 mil familias en las costas ribereñas, y en 2017 aumentó a 17 mil familias.

La importancia de la planificación urbana

La expulsión de la población rural hacia las ciudades es un fenómeno que no está siendo atendido por ninguna política pública; no existe planificación alguna y los asentamientos se van produciendo sin que se haya previsto medidas que permitan integrar mejor a las personas al tejido de la ciudad. Ello tiene que ver con varios factores, por ejemplo, presupuestos acotados (en municipios pequeños) y falta de capacidad instalada en otros.

Es así que los asentamientos ya se inician en condiciones de segregación porque la misma precariedad produce rechazo social. No cuentan con los servicios básicos de saneamientos, de recolección de basura y de otros aspectos que colocan a sus pobladores en una situación de discriminación con respecto a sus vecinos. Un ejemplo histórico de esta segregación es el Barrio Kambala, más conocido como Mundo Aparte, en la misma capital del país, que es un barrio consolidado²⁹ y a la vez mantiene la estructura de asentamiento informal. En el caso de los asentamientos costeros, a los problemas de ausencia de los servicios básicos esenciales, se suman las inundaciones periódicas (de ríos y arroyos), que obligan a su población a buscar refugios en cualquier lugar de la ciudad, generalmente las veredas, calles y plazas próximas.

En síntesis, los asentamientos precarios son una forma de hacer ciudad, en distintos grados de informalidad, y hasta ahora no existen respuestas locales que permitan revertir esta situación; los gobiernos municipales no cuentan con catastros actualizados, y las gestiones de regularización de las tierras son complejas, con trámites engorrosos que desaniman a las personas a terminar las gestiones. No solo se tienen asentamientos informales, sino también la gestión de las ciudades opera en un marco de informalidad donde los procesos de planificación están poco desarrollados y el control de las ocupaciones es mínimo o nulo. Es decir, las ciudades también se vuelven informales.

29 Es un asentamiento de 25 manzanas, creado alrededor de los años treinta del siglo pasado; era una propiedad privada donde acampaban los que venían de la Guerra del Chaco. Hacia 1948 fue comprada por el Estado y transferida en 1987 a la Municipalidad de Asunción para iniciar la regularización de las tierras. Es un lugar estratégico –prácticamente el centro geométrico de la ciudad–, a apenas dos cuadras de la Avenida Eusebio Ayala sobre la Avda. General Santos. Con el tiempo se fue consolidando comercialmente, tiene incluso edificios de altura, pero también, internamente todavía se mantiene esa estructura irregular, con pasillos de 0,50 metros entre casas.

4 I A modo de conclusión: La política de Estado es de desigualdad social

La riqueza de los datos y el análisis sobre la desigual distribución de la tierra productiva, las amplias brechas en los niveles de ingreso, las dificultades de acceso a la tierra urbana, y rural y la casi nula protección social que existe en el Paraguay que se han presentado en esta sistematización no dejan margen de dudas con respecto a las grandes desigualdades que sufre una parte mayoritaria de la población.

El Estado ejecuta políticas públicas, pero éstas se tiñen de privilegios; por ejemplo, se invierte en la construcción de rutas y puentes para el traslado de productos de exportación (especialmente ganado y soja), en tanto pequeños y medianos agricultores no pueden trasladar su producción por falta de caminos transitables; los legisladores pueden jubilarse con diez o quince años de aporte, mientras se presentan proyectos de ley que aumentan los años de aporte laboral a 35 o 40 años para que trabajadores privados accedan a la jubilación. No hay insumos ni medicamentos en los hospitales públicos, pero cuando una autoridad se enferma viaja a los mejores sanatorios de la región para ser atendida. La especulación de la tierra urbana con sus altos precios expulsa a sus antiguos habitantes, fortaleciendo el mercado inmobiliario, que solo ha beneficiado a unos cuantos empresarios desde hace más de 50 años.

Son algunas de las expresiones de desigualdad de un Estado que estuvo bajo un largo régimen dictatorial y que en los últimos treinta años adoptó cambios referidos a las libertades individuales y políticas; sin embargo, hizo poco o nada para garantizar el pleno goce de los derechos económicos, sociales y culturales.

En la actualidad sectores ciudadanos empobrecidos se pueden expresar, demandar, reclamar al Estado, pero no tienen éxito alguno; en tanto empresarios, productores y exportadores, gremios industriales, políticos, entre otros grupos de poder, son beneficiados con acciones promovidas o defendidas por el Estado: subsidios a empresarios del transporte y otros rubros, rechazo a proyectos de ley para la equidad en el tributo, falta de control en el cumplimiento de los derechos laborales, impedimentos institucionales para transparentar el origen de tierras mal habidas, etc. Y el resultado entonces es que una de cada tres personas está en condiciones de pobreza y el 1% de la población acumula una parte importante de la riqueza que produce el país.

¿Qué queda por hacer ante estas tremendas injusticias? Al Paraguay del Siglo XXI le falta renovar o rediseñar un pacto social entre todos los sectores (económicos, sociales y políticos), que apunte a erradicar prácticas feudales y fortalezca la vigencia de un Estado de derecho pleno donde las personas sean realmente iguales en dignidad y derechos, tal como se establece en el artículo 46 de la Constitución de la República.

Bibliografía

- Ávalos, G., et. al. (2017). “Expansión de la soja en San Pedro (Paraguay): Productores rurales, empresas y relaciones comerciales”. *Revista Novápolis* N° 12 – Diciembre 2017, Asunción. Disponible en: http://novapolis.pyglobal.com/pdf/novapolis_ns_12.pdf
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - DGEEC (s.f.) *Atlas de las Comunidades Indígenas en el Paraguay. Glosario*. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Web%20Atlas%20Indigena/22Glosario.pdf>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - DGEEC (2017). *EUT 2016. Encuesta sobre actividades remuneradas y no remuneradas*. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/eut2016/EUT2016.pdf>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - DGEEC (1997 - 2016). *Incidencia de pobreza y pobreza extrema por Departamento. 1997 a 2016*. Disponible en: http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/pobreza_extrema/DATOS%20DE%20POBREZA%20POR%20DEPARTAMENTO.pdf
- Flecha, V. (28/05/2011). *La venta de tierras públicas*. Disponible en: <http://www.cultura.gov.py/2011/05/las-ventas-de-las-tierras-publicas-1883-1885/>
- Glaser Ortiz, M. (2009) *Extranjerización del territorio paraguayo*. Asunción: Fundación Rosa Luxemburgo y BASE IS. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/83828342.pdf>
- Mondino, M. (s.f.). *Picudo del Algodonero: conociendo a la plaga más peligrosa del cultivo*. Disponible en: https://inta.gob.ar/sites/default/files/inta_picudo_del_algodonero_conociendo_a_la_plaga_mas_peligrosa_del_cultivo.pdf
- Rodríguez, J. C. y Martínez, P. (2018) *Distribución de los ingresos en Paraguay*. Disponible en: <http://desarrollo.org.py/noticia.php?id=542>
- Rodríguez, J. C. y Sosa Marín, D. (2016) “Formas y tendencias de la desigualdad en Paraguay”. *Novapolis* 10, pp. 89-114.
- Serafini Geoghegan, V. (2017). *Lineamientos para la construcción de la política de protección social*. Disponible en: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Proteccion-Social.pdf>
- Serafini Geoghegan, V. y Zavattiero, C. (2017) “Desigualdades, protección social y género” [Presentación en PowerPoint].
- Vázquez, F. y Goetz, K. (2013). *Atlas de Políticas Públicas del Paraguay: Tendencias y retos de intervención*. Paraguay: Ministerio de Hacienda. Disponible en: <http://www.hacienda.gov.py/web-hacienda/pub021.pdf>

Referencias sobre las autoras y los autores

Paloma Rodero

Coordinadora científica e investigadora principal del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236), ejecutado con el apoyo del CONACYT a través del Programa Prociencia. Profesora de Antropología Urbana en la Maestría de Antropología Social de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Candidata a Doctora en Antropología Social y Cultural por la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia de España) en co-dirección con el CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España). Maestría en Antropología Social y Cultural por la UAM (Universidad Autónoma de Madrid) y Magíster en Género y Desarrollo por la UCM (Universidad Complutense de Madrid).

Correo electrónico: palomarodero@yahoo.es

Iván Merino

Coordinador científico e investigador principal del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236), ejecutado con el apoyo del CONACYT a través del Programa Prociencia. Profesor de Antropología Urbana en la Maestría de Antropología Social de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Candidato a Doctor en Antropología Social y Cultural en cotutela internacional en el EHESS (École des Hautes Études en Sciences Sociales) de París y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Maestría en Antropología Social por el EHESS y Maestría en Psicología Social por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Correo electrónico: ivanymerino@yahoo.es

Patricio Dobrée

Coordinador del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236), ejecutado con el apoyo de CONACYT a través del Programa

Prociencia. Tiene una licenciatura en filosofía por la Universidad Nacional de Asunción y una maestría en antropología social por la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Es investigador del Centro de Documentación y Estudios (CDE). Sus líneas de trabajo giran en torno a diversos temas relacionados con la igualdad de género y de manera más específica con la economía del cuidado. Ha publicado libros y artículos sobre estas temáticas en Paraguay y en otros países. Es co-coordinador del Grupo de Trabajo de CLACSO “Economía feminista emancipatoria”.

Correo electrónico: patdobree@gmail.com / patricio@cde.org.py

Raquel Escobar

Investigadora asociada del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236), ejecutado con el apoyo de CONACYT a través del Programa Prociencia. Es médica pediatra y especialista en recién nacidos. Tiene experiencia en atención primaria de salud y salud pública. Coordina el programa de residencia de neonatología del Hospital Materno Infantil “San Pablo”. Es docente de la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Ha realizado investigaciones en el área de desarrollo infantil, trabajo doméstico, trabajo infantil y medicina social. Es miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Correo electrónico: raquelescobara@gmail.com

Víctor Guillermo Sequera Buzarquis

Médico Internista del Hospital de Clínicas de la UNA. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Clínic de Barcelona. Máster en Salud Pública por la Universidad Pompeu Fabra. Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigador colaborador de ISGlobal, Barcelona (España). Experiencia de trabajo de campo y varias publicaciones internacionales en trabajos clínicos y epidemiológicos con enfoque integral e intercultural de la salud en Paraguay, Venezuela, España, Uruguay, Brasil, EEUU, Mozambique y Argentina. Es docente en los cursos de pre y postgrado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Asunción. Coordinador Nacional de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, Capítulo Paraguay.

Correo electrónico: guillesequera@gmail.com

Myrian González Vera

Investigadora asociada del proyecto de investigación “Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción” (14-INV-236), ejecutado con el apoyo de CONACYT a través del Programa Prociencia. Tiene una licenciatura en comunicación social por la Universidad Nacional de Asunción, un diplomado superior en género y políticas públicas, se formó en investigación sobre memorias de la represión política en el Cono Sur y cursa una maestría en antropología social por la Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”. Es directora ejecutiva del Centro de Documentación y Estudios (CDE). Forma parte de equipos de trabajo relacionados con temas referidos a derechos humanos, igualdad de género y feminismos, específicamente derechos de las mujeres, violencia, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Correo electrónico: myriangelica@gmail.com / myrian@cde.org.py



ISBN: 978-99967-745-7-7



9 789996 774577