


La antropología en carreras de ciencias de la salud

Innovación curricular e hibridación disciplinar en la educación universitaria en Argentina



Ana C. D'Angelo

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata


 0000-0001-9049-7636

dangelo_ana@yahoo.com.ar

Gastón J. Gil

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata /

CONICET

 0000-0002-8112-2119

gasgil@mdp.edu.ar

Fecha de entrega: abril de 2024
Fecha de aprobación agosto de 2024

Resumen

El objetivo del artículo es formular lineamientos sobre los modos posibles de incorporar la antropología social en la formación de profesionales de ciencias de la salud a partir de los cambios que se están produciendo en los planes de estudio universitarios. Se comenzará con un abordaje conceptual sobre la problemática de la innovación para luego continuar con una historización del modo en que en América Latina se fueron incorporando las perspectivas socioculturales en el campo de la salud. El trabajo apela a una mirada histórica y un análisis teórico de la relación entre la antropología y la salud. Además, se basa en la trayectoria en investigación y en los proyectos pedagógicos de los que forman parte los autores, en tanto antropólogos sociales, en carreras vinculadas con la salud en grado y posgrado. Por ello, este artículo que se nutre además de datos estadísticos proporcionados por estudios situados.

Palabras clave: Antropología; Ciencias de la salud; Educación profesional; Innovación; Investigación

Anthropology in health degrees. Curricular innovation and disciplinary hybridization in university education in Argentina

Abstract

This article aims to outline guidelines for possible ways of incorporating social anthropology in the training of health science professionals based on the changes that are taking place in university curricula. To this end, it begins with a conceptual approach to the problem of innovation and then continues with a historization of how socio-cultural perspectives were incorporated in the health field in Latin America. Thus, it offers a historical perspective and a theoretical analysis of the relationship between anthropology and health issues. In addition, the article retrieves the authors' research experience and participation in ongoing pedagogical projects, as social anthropologists who teach in undergraduate and graduate health-related courses. For this reason, the article is based on an autoethnographic approach that also draws on statistical data provided by situated studies.

Keywords: *Anthropology; Health sciences; Professional education; Innovation; Investigation*

A antropologia nas carreiras da saúde. Inovação curricular e hibridização disciplinar no ensino universitário na Argentina

Resumo

O objetivo deste artigo é formular orientações sobre possíveis formas de incorporar à antropologia social na formação de profissionais das ciências da saúde à luz das mudanças que ocorrem nos currículos universitários. Para tal, começaremos com uma abordagem conceptual do problema da inovação e depois continuaremos com uma historicização da forma de como as perspectivas socioculturais foram incorporadas no campo da saúde na América Latina. Desta forma, o trabalho apela a uma perspectiva histórica e a uma análise teórica da relação entre a antropologia e o problema da saúde. Ainda, são utilizadas carreiras de investigação e projetos pedagógicos anteriores e atuais, dos quais os autores fazem parte como antropólogos sociais e ensinam em cursos de graduação e pós-graduação relacionados com a saúde. Por este motivo, este artigo baseia-se numa abordagem autoetnográfica que também nutre-se dos dados estatísticos fornecidos por um estudo realizado no terreno..

Palavras-chave: *Antropologia; Ciências da saúde; Educação profissional; Inovação; investigação*

Introducción

Postular la importancia de los factores “socioculturales” para comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados ya es todo un lugar común que goza de una creciente aceptación. Esta perspectiva ha tenido su impacto significativo en la Argentina, donde, por ejemplo, se han creado recientemente carreras de medicina que postulan un enfoque comunitario que cuestiona la formación de los profesionales de la salud de manera exclusiva a partir del paradigma biomédico. En ese marco, los cuestionamientos al modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005) ya no solo son parte de la jerga habitual de los científicos sociales sino que también han penetrado el discurso de una

parte de la medicina y demás profesiones del campo de la salud. De todos modos, no es posible afirmar que ello tenga su correlato en las prácticas efectivas de los mismos profesionales o en la enseñanza que se les propone a los estudiantes.

En líneas generales, los dilemas en torno a qué clase de profesionales de salud se deben formar para dar respuestas a las demandas sociales (Silberman, Silberman y Pozzio, 2012) suelen confrontar de manera expresa contra las lógicas encarnadas en los campos profesionales. Las profesiones de la salud abrevan de diferentes culturas académicas que transitan “las mismas porciones de territorio intelectual” (Becher, 2001, p. 60). Aunque se trata de influencias que en gran parte se encuentran ocultas y no llegan a un nivel de formulación sistemática, dejan huellas reconocibles en los modos de abordar las problemáticas de salud. Esas culturas académicas y profesionales poseen además una fuerte impronta interdisciplinaria que combina disciplinas académicas “puras” (biología, química, psicología, sociología, antropología) con profesiones y prácticas disciplinares que suelen experimentar importantes conflictos limítrofes (Becher, 2001) según las circunstancias.

Las crecientes complejidades y demandas a los sistemas de salud obligan además a plantearse posibilidades de reformas que involucran dimensiones estructurales y presupuestarias y, en ese marco, los lineamientos implementados en las currículas universitarias son relevantes. Ello podría involucrar también a los sistemas de residencias, entendidos como los marcos institucionales en donde se cristalizan las prácticas hegemónicas de las distintas profesiones de la salud. Precisamente, las reflexiones en torno a los procesos de formación movilizan dimensiones políticas e ideológicas que hacen al funcionamiento del Estado, ya sea como “proveedor”, como “regulador” del subsistema privado o, en este caso, en un conjunto de definiciones pedagógicas y marcos regulatorios de las profesiones. En el caso de la formación universitaria, se plantean dilemas adicionales asociados a la autonomía universitaria y la potestad de cada unidad académica de definir sus propios perfiles, que pueden estar completamente:

alejados de los problemas de salud y de las organizaciones encargadas de su resolución. Esto es visto, por un lado, como una ventaja en la formación de profesionales en lo relativo a la autonomía y libertad de pensamiento y, por otro, como un aspecto negativo, criticándole a las universidades su escaso compromiso en el desarrollo social y político de las sociedades que les dan sustento. (Silberman et al., 2012, p. 176)

Pero más allá de los cambios efectivos que se estén produciendo a partir de esos planes de estudio o de la intensificación de discursos que destaquen el enfoque “sociocultural”, en este artículo se formularán lineamientos sobre los modos posibles de incorporar la antropología social en la formación de profesionales de las ciencias de la salud. Para ello, se comenzará con un abordaje conceptual sobre la problemática de la innovación, para luego continuar con una historización del modo en que en América Latina se fueron incorporando las perspectivas socioculturales en el campo de la salud. Ello permite no solo poner en contexto las influencias innovadoras que se produjeron en el mismo, sino también conceptualizar con mayor precisión la relevancia de “lo sociocultural” en la formación de profesionales. Luego se utilizarán experiencias previas y proyectos pedagógicos en curso que integran los autores, en tanto antropólogos sociales que cumplen sus tareas docentes en carreras vinculadas con la salud en grado y posgrado. Algunas de esas experiencias ya fueron objeto de estudio (Gil e Incaugarat, 2018) pero se complementan con otros procesos institucionales posteriores, proyectos y análisis que apuntan a ofrecer ideas innovadoras acerca del modo en que pueden enseñarse las ciencias sociales en general y la antropología en particular en esas carreras. Finalmente, el trabajo presenta un conjunto de conclusiones referidas a propuestas generales de intervención pedagógica en la formación de profesionales en ciencias de la salud.

Metodología

Este artículo se basa en datos cualitativos, históricos y autoetnográficos (Gil, 2006), que dialogan con otros cuantitativos (derivados de dos encuestas situadas), para desarrollar un análisis histórico-teórico de la relación de la antropología con las problemáticas vinculadas con la salud. El enfoque autoetnográfico apela a la reflexividad (Guber, 2001), en tanto continuo ejercicio de objetivación de la subjetividad del investigador, pero también hace uso de las experiencias docentes en una carrera de ciencias de la salud. Por más de diez y veinte años en cada caso, los autores han planteado, ajustado y reconfigurado sus estrategias pedagógicas para la enseñanza de las ciencias sociales en una carrera de ciencias de la salud (terapia ocupacional) en una universidad nacional de una ciudad de 700 mil habitantes. Los errores, las frustraciones y también algunos logros durante ese período constituyen datos sustanciales para el estado actual en el que pensamos que las ciencias sociales, y en particular la especificidad en antropología social, son fundamentales para la comprensión de las problemáticas de salud, tanto a nivel micro (relaciones paciente-profesional, cuidados profanos, autoatención, etc.) como macro (problemáticas epidemiológicas, políticas sanitarias, etc.). Algunos de estos planteos han surgido también de los resultados de nuestras investigaciones más recientes entre grupos de practicantes de distintas disciplinas corporales en busca de salud y bienestar. Así, en un ejercicio doble de reflexividad, hemos puesto a dialogar en nuestras investigaciones preguntas emergentes de las clases, jornadas y congresos de ciencias de la salud a los que hemos asistido, a la vez que nuestra práctica docente se ha nutrido de las problematizaciones conceptuales derivadas de nuestros trabajos de campo.

La reflexión sobre la relación entre ciencias sociales y de la salud se nutrió en particular de dos situaciones: la participación de uno de los autores en los debates por el cambio de plan de estudio, y la realización por parte de una de ellas del curso de innovación pedagógica para el ejercicio de la docencia en la carrera de Medicina. En relación con el primer proceso, recurrimos además al informe de los resultados de una encuesta de opinión sobre el plan de estudios, administrada en 2017 por terceros a 379 estudiantes de distintos años de la carrera (Ledesma, Fernandez y Xifra, 2017). Esta se basó en “un cuestionario y una escala Likert con 65 afirmaciones cubriendo opiniones sobre diferentes aspectos del Plan: Fundamentos, Organización y Estructura, Contenidos, Condiciones de Implementación y Experiencia Educativa” (Ledesma, et al., 2017, p. 1). Las edades de los encuestados estaban comprendidas entre los 18 y los 52 (con una media de edad de 23 años). Por otra parte, realizamos en 2019 una encuesta a 150 estudiantes del primer año de la carrera, en la que los consultamos sobre el grado de importancia que otorgaban a las ciencias sociales en general y a la antropología en particular para su formación, y cuáles eran sus expectativas sobre esta última. En ambos casos, la muestra fue autoadministrada, no probabilística con quienes voluntariamente decidieron participar, y a quienes se les explicaron los objetivos del estudio y se les garantizó el anonimato. Como reflejo de la alta feminización de la matrícula, en ambas encuestas, nueve de cada diez de las personas encuestadas fueron mujeres.

Una historia de las ciencias sociales en la innovación curricular en salud

La innovación constituye un valor reconocido como positivo en la ciencia, en el marco de una “tensión esencial” entre tradición e innovación (o conformidad y disenso), dada la “productividad” que usualmente arrojan las estrategias conservadoras de la “ciencia normal” (Kuhn, 1977). Las estrategias innovadoras de alto riesgo pueden garantizar un alto impacto (habitualmente mayor que las contribuciones “conservadoras”), en concreto publicando y siendo citado. Entre las fuerzas que detienen o estimulan

esas estrategias de innovación, pueden operar constreñimientos institucionales (por ejemplo, un departamento que ha practicado la acumulación del período de “ciencia normal”), o también las culturas disciplinares (Foster, Rzhetsky y James, 2015), que en nuestro caso se traducen en las lógicas hegemónicas del saber biomédico. Los límites con los que se suelen topar las innovaciones surgen cuando los actores de poder, por ejemplo en el campo académico, consideran que “los viejos modos son lo suficientemente buenos” (Becker, 2015, p. 97).

En el caso analizado, se fundamentan innovaciones pedagógicas que buscan contribuir a formar profesionales híbridos (terapeutas ocupacionales-antropólogos) en una carrera con mayor orientación profesionalista y con escasa tradición de investigación y producción de conocimiento. En consecuencia, se plantean diversas situaciones (Collins, 2002) del campo académico relativamente innovadoras, sobre todo en el ámbito institucional, como forma de reflexionar sobre los peligros del uso instrumental y limitado que desde distintas profesiones de la salud realizan de lo “cultural”, en tanto una variable a la que se apela según las circunstancias y de modo asimétrico para comprender e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Estos postulados chocan contra las lógicas hegemónicas de los campos profesionales, que en el caso de la medicina se caracterizan por una alta valoración de la superespecialización. Esta situación genera que, en especialidades como pediatría, clínica y medicina general, no se lleguen a cubrir todas las vacantes, o que falten espacios de formación en otras especialidades como neonatología o terapia intensiva (Silberman et al., 2012; Silberman y Pozzio, 2015). Esas mismas lógicas llevan implícita la consideración de los aportes de las ciencias sociales como meramente “accesorias –y hasta marginales– por los actores dominantes en la formación del profesional médico” (Silberman et al., 2012, p. 185). Ello va acompañado por un conjunto de esquemas de interpretación que se instauran entre los estudiantes que, como desarrollaremos más adelante, suelen implicar la tendencia a culpabilizar a los pacientes ante ciertos padecimientos y patologías.

Un actor innovador en la formación en salud fue el pediatra argentino José César García (1932-1984), quien desde la década de 1960 hasta su fallecimiento realizó una notable labor de producción y divulgación de la denominada “medicina social” (Silberman y Pozzio, 2015). Según Galeano y otros autores, la “medicina social” se constituyó en “algo más que una corriente de pensamiento, ya que tuvo muchos elementos de un verdadero movimiento político” y estableció un estrecho diálogo con corrientes como la “medicina preventiva” o la “medicina comunitaria” (Galeano, Trotta y Spinelli 2011, p. 286). Influenciado por el desarrollo del pensamiento sociológico en Argentina y América Latina, comenzó a interesarse en las determinaciones sociales del proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) y en el impacto de las situaciones de desigualdad en el ámbito sanitario. En ese sentido, es importante la vinculación temprana de García con la Escuela Latinoamericana de Sociología de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), en donde obtuvo su maestría con una investigación sobre las relaciones médico/paciente en 1961. En la primera parte de su trayectoria estuvo influenciado mayormente por el funcionalismo norteamericano, pero paulatinamente fue incorporando miradas y abordajes marxistas y posestructuralistas, como los de Foucault (Galeano et al., 2011).

Por otra parte, desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –fundada en 1902 con la misión explícita de favorecer la cooperación técnica entre todos los gobiernos del continente americano y propiciar el desarrollo de políticas y acciones concretas en materia de salud–, donde se desempeñó por casi dos décadas, García fue incorporando diversos ejes problemáticos de indagación sistemática. A sus primeras inquietudes sobre las relaciones médico/paciente (García, 1962) siguieron las investigaciones sobre el papel de las élites médicas (García, 1964). Desde finales de la década de 1960 se ocuparía de la problemática de la formación de los profesionales

médicos (García, 1969, 1971a, 1971b y 1971c) en donde colocó un marcado énfasis en la relevancia de considerar las dimensiones socioculturales en la formación de recursos humanos en salud (García, 1972). En sus últimos años de vida, sus investigaciones recorrerían diversas problemáticas estructurales de los sistemas de salud, la historia de los organismos de investigación, los avances tecnológicos en la medicina o el rol de las funciones filantrópicas (Nunes, 2013). A partir de su labor en la OPS, pudo acumular un volumen significativo de experiencias de campo relacionadas con las realidades institucionales de las escuelas de medicina y las problemáticas de los sistemas de salud en todo el continente. La idea de desarrollar “ciencias sociales aplicadas a la salud” (Galeano et al., 2011) apuntaba principalmente a la formación de profesionales bajo criterios compartidos que, a partir de esta “medicina social”, desafiaran las limitaciones del enfoque biomédico. Ello incluía el impulso a la investigación empírica, la conformación de programas de posgrado y la difusión de un modelo “preventivista” (Galeano et al., 2011).

En lo estrictamente pedagógico, García propuso una innovación curricular que consistió en la eliminación de las asignaturas disciplinares y la incorporación del trabajo en talleres a partir del aprendizaje basado en problemas y casos (lo que hoy se conoce como ABP y ABC respectivamente). En lo disciplinar, su propuesta para la educación médica partía de la sumatoria de tres paradigmas: 1) el de la historia natural de la enfermedad; 2) el preventivo: basado en factores sociales que intervienen en la producción y el curso de la enfermedad; y 3) el de los factores psicosocioculturales y económicos, tanto de la profesión médica como de la población, que obstaculizarían la prevención. Su aporte reconoce la importancia de las ciencias sociales para comprender lo psicosociocultural para la medicina, pero el análisis de estos “aspectos” o “factores” parece adicionado a posteriori sobre los procesos prepatogénicos y patogénicos de la enfermedad y su evolución natural. Siguiendo esa línea, en los planes de estudios de numerosas carreras de medicina de la región se incorporaron al ámbito de “lo médico” las dimensiones social y cultural como elementos “determinantes” de la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Como señala Rovere (2015), es desde la instalación de una meta de equidad (Salud para Todos en 1977), la reunión de Alma Ata en 1978 y la Carta de Ottawa en 1986 que la atención primaria (APS) y la promoción de la salud (PS) han adquirido importancia estratégica conllevando la necesidad de articulación intersectorial, participación social, interculturalidad, democratización del conocimiento, entre otras. Precisamente, el reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la importancia de los “determinantes sociales de la salud” aspira a una mayor equidad en salud:

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión “determinantes sociales” resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (OMS, 2009, p. 1)

Aunque estas siguen constituyendo promesas frente a intereses, actores, resistencias, dificultades operativas y prácticas instaladas en el campo de la salud, constituyen herramientas para pensar y rediseñar propuestas educativas cuya potencialidad reside en nuevas interacciones entre ciencias sociales y salud, experiencias preprofesionales tempranas y orientación comunitaria en las que los saberes disciplinares definitivamente se desestructuran y se deconstruyen, obligando a nuevos desarrollos que, por lo que

parece, no pueden lograrse sin incluir las voces de las organizaciones locales y de la propia población (Rovere, 2015).

Más allá de estos antecedentes relevantes, el papel de las ciencias sociales en el campo de la salud y particularmente en la formación de profesionales de salud apenas ha alcanzado un simple reconocimiento (Kalinsky y Arrúe, 1996). Así, en la educación superior en salud se relega a un lugar accesorio a las ciencias sociales, una especie de valor agregado resultado de la ahora reconocida importancia de la cultura y el contexto de los sujetos (en general, los pacientes). Esto es así incluso en algunas de aquellas “currículas innovadas” en Medicina en las unidades de aprendizaje cuyos equipos de cátedra están conformados por profesionales de diversas disciplinas, pero generalmente comandados por biomédicos. Estas currículas han abandonado las clásicas asignaturas disciplinares como Psiquiatría o Antropología para conformar campos de intervención transdisciplinares como Salud Mental o Interculturalidad y Salud. En cambio, en la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad en la que nos desempeñamos como docentes, tanto el plan de estudios vigente como el recientemente aprobado mantienen la estructura disciplinar en la cual se incluye el dictado de Antropología en el área de ciencias sociales. Si bien no hay una respuesta definitiva (ni fundamentada científicamente) sobre la cuestión acerca de si el currículo en salud debe responder a un formato disciplinar, interdisciplinar o transdisciplinar, el riesgo de estos últimos es la sobreinclusividad de las ciencias sociales (Camilloni, 2010); especialmente cuando la supuesta articulación entre disciplinas depende de las relaciones de poder entre tribus académicas (Becher, 2001) y se reduce a la eliminación o modificación de las asignaturas tradicionalmente ocupadas por las ciencias sociales.

La salud y lo sociocultural

Para continuar con la línea argumental, no necesariamente la insistencia en la formación en ciencias sociales en las carreras de salud garantiza que los egresados implementen un perfil híbrido. El resultado habitual es que, en términos generales, el estudiante que recién inicia su formación superior imagine su futura actuación profesional frente a un “paciente”, en una relación personal cara a cara en la intimidad del consultorio, sin espacio real para dejar entrar lo sociocultural. Así, prevalece la idea de que la educación profesional en salud “vive ‘naturalmente’ dentro de un frasco –básicamente aislada de cualquier consideración social o ambiental” (Rovere, 2015, p. 02). En realidad, según Mario Rovere, “la corriente hegemónica y por varias décadas la corriente incontestable de la educación profesional en salud” (Rovere, 2015, p.02) no solo previene que el conocimiento médico pueda poner en entredicho las formas de enfermar, de discapacitarse o de morir de nuestras sociedades, sino que constituye en sí misma un modo de producción de estas formas. Frente a este contexto, ya Silberman y otros plantearon que “una minoría de actores universitarios y profesionales actúan por fuera de los claustros, traccionando hacia el objetivo de formar egresados más sensibles a la realidad –o a las necesidades que la sociedad requiere– o proponiendo capacitación permanente en salud” (Silberman et al., 2012, p. 178).

Además de ello, en la formación en salud, la apelación a lo sociocultural suele reducirse a la reflexión sobre los “casos extremos, como la desnutrición infantil, [donde] aparecieron las condiciones económicas, sociales y educativas en la explicación” (Silberman et al., 2012, p. 183). En casos como estos, resulta evidente la necesidad de salir del consultorio a buscar en la comunidad las causas sociales del problema de salud, para intervenir luego en su posible resolución. Así, lo sociocultural aparece en la etiología del padecer conformando problemáticas ya clásicas del campo de intervención de la salud colectiva o comunitaria (que en la formación de grado en salud se mantienen como asignaturas específicas). Además de la desnutrición, o la obesidad,

y particularmente las patologías asociadas a “hábitos” alimenticios como la diabetes, se incluyen las enfermedades causadas por contaminación ambiental. Un ejemplo lo constituyen aquellas infectocontagiosas que responden a “falta de prevención” de la población, como la sífilis, que se encuentra en crecimiento tras los avances en los retrovirales para el control del HIV, lo que ha llevado a muchas personas a abandonar métodos preventivos de contagio de enfermedades de transmisión sexual (Arando Lasagabaster y Otero Guerra, 2019). Otro caso lo constituyen aquellas consideradas producto de las “formas de vida” de ciertos grupos étnicos o migrantes, más allá de que las etnografías demuestran que, en sentido contrario, por ejemplo, la aparición de enfermedades como la tuberculosis entre los migrantes bolivianos no se debe a causas culturales sino a condiciones de explotación en los destinos (Goldberg, 2009).

Aun cuando no remitan a comunidades identificables como tales, muchas de estas explicaciones tienden a responsabilizar a las personas de sus padecimientos en función de conductas consideradas “de riesgo” que, especialmente, aquellos sujetos en condiciones de desigualdad no están en condiciones de modificar. Aquí es donde una redefinición del concepto de “estilo de vida” desde la antropología puede ser útil para las ciencias de la salud. Eduardo Menéndez (1998) ha cuestionado el uso de dicho concepto por parte de la medicina, por limitar la comprensión de la causa de la enfermedad y del comportamiento de los sujetos a partir del error de reducir el estilo de vida (que es siempre social) a las posibilidades de elección individual. En realidad, en el campo de la salud,

lo que puede ser factible es proporcionar modelos posibles de estilos de vida, en tanto repertorios virtuosos solo potencialmente accesibles a cada individuo. En principio, cualquier estrategia de intervención debe contar con un conocimiento profundo de los colectivos y sujetos que serían sus destinatarios. (Gil, 2021, p. 08).

De hecho, los resultados de las investigaciones etnográficas llevadas a cabo por los autores entre distintos grupos (Gil, 2021; D'Angelo, 2023) permiten identificar estilos de vida y búsquedas de salud cada vez más valoradas por los profesionales de la salud. Así, ciencias médicas como la psiquiatría buscan promover “estilos de vida saludables”, por ejemplo, para afrontar el aumento de casos de estrés, ansiedad y depresión, por medio de la utilización de técnicas corporales como el yoga y la meditación, sin atender a las causas sociales y políticas de dichas aflicciones (D'Angelo, 2021). Igual suerte corren, entonces, aquellos “factores” considerados psicológicos del padecer, al ser disociados no solo de su origen social, sino también de sus consecuencias en la salud física de la población. En este imaginario aséptico del consultorio, tampoco son contempladas las subjetividades médico-paciente en relación más que como posibles obstáculos a sortear. Mucho menos hay espacio para considerar el carácter corporizado de esa relación, no solo porque los significados psicosocioculturales sobre la salud, la enfermedad y la atención se “encarnan” en la experiencia del paciente, sino también en la del profesional de salud que interviene con y desde su corporalidad (D'Angelo, 2022).

Lo cierto es que, a lo largo de la formación en salud, particularmente en terapia ocupacional, los estudiantes descubren la importancia de lo sociocultural (cuando lo hacen) como “contexto”, “factor”, “dimensión” que “determina” o “condiciona” la salud en una relación fuertemente causal. Así, las ciencias sociales –y la antropología en particular– resultan de interés explicativo solo en aquellos casos específicos en los que lo sociocultural se vuelve evidente como “barrera cultural” y es interpretado como obstáculo a la atención médica. Es decir, cuando la distancia cultural entre el profesional y el paciente (o el equipo de salud y la población destino) es tal que, aun hablando el mismo idioma, la comunicación y la comprensión mutua no están garantizadas. Para las ciencias de la salud, la necesidad de comprender al otro, como un otro cultural, emerge principalmente ante otra que es la de dar respuesta a “fallas” en la promoción de la salud, la

prevención de la enfermedad y/o la adhesión del tratamiento de ciertos actores sociales. Es decir, cuando peligra la posibilidad de intervención ante estilos de vida, concepciones del cuerpo, de la salud y/o explicaciones de la enfermedad y su consecuente atención que evidencian una diversidad generalmente invisibilizada. Esta exotización dificulta la comprensión de la ubicuidad de lo sociocultural, ya no como el condimento que se adiciona solo en algunos casos-problema a ser analizados, sino como el agua que liga la masa, como aquello que subyace a todo vínculo terapéutico. Su omnipresencia, aun cuando no se evidencia, encierra asimismo desigualdades (de género, de clase, de edad, etc.) que inciden en los modelos de salud-enfermedad-atención-cuidado tanto de la población como de los profesionales de salud, que no son culturalmente neutrales. En síntesis, reconocer que aquello que llamamos lo social no tiene una existencia independiente, que no es una sustancia que se adiciona excepcionalmente, un factor, una dimensión, un contexto que determina o condiciona el acceso a la salud, supone dejar de exigir a las ciencias sociales su explicación ad hoc. Según Bruno Latour (2008), lo social es el tipo de relación, de asociación entre elementos que no son necesariamente sociales en sí mismos, sino heterogéneos (de allí la importancia de las redes sociotécnicas en las que la biomedicina está implicada). Solo partir de este reconocimiento posibilitará la reflexión, el análisis y la investigación de la complejidad de los procesos de salud enfermedad, atención y cuidados desde una mirada transdisciplinaria. Ya que, como sostiene Naomar de Almeida-Filho, siguiendo a Edgard Morin, es necesaria una síntesis de complejidad para abordar estos procesos:

la estrategia metodológica capaz de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud no se resume a miradas múltiples cohabitando o coexistiendo en un campo científico dado, sino que es preciso descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja de objetos, miradores y miradas.

No es difícil demostrar que un mismo objeto puede ser visto en diferentes ángulos, pero eso no necesariamente contribuye para el conocimiento más completo y profundo de ese objeto. (Almeida-Filho, 2006, p. 137)

La terapia ocupacional suele ser definida a partir de la pretensión de abordaje “integral” y “holístico” del sujeto, atendiendo al carácter biopsicosocial de este. La formación de este tipo de profesionales requiere, en línea con la propuesta de Annemarie Mol (2002), un giro en la pregunta por cómo las ciencias se representan su objeto a cómo lo intervienen. Mientras la “enfermedad” (disease) fue considerada objeto exclusivo de la medicina, a las ciencias sociales se les sigue relegando el estudio de la “vida con la enfermedad” (illness), su carácter psicosocial, como si fueran fenómenos diversos pertenecientes a distintos órdenes de la realidad. Las ciencias ofrecen distintas miradas, modos de intervención, métodos de análisis que en la formación en salud deben coordinarse de una manera sintética, no fragmentaria, y equilibrada. Esto es, una síntesis atenta a otorgar la importancia correspondiente a las distintas dimensiones de la enfermedad (desde su etiología hasta su abordaje), sin sobrestimar las biológicas por sobre las sociales.

La terapia ocupacional en Argentina y en una universidad del interior

En el caso puntual de la terapia ocupacional como una de las profesiones del campo de la salud, un hecho clave para su profesionalización e institucionalización se remonta a la epidemia de poliomielitis de la segunda mitad del siglo XX (Testa, 2012). En ese contexto, surgió la necesidad de contar con personal especializado en rehabilitación para afrontar las secuelas de esa enfermedad que pronto tendría al alcance su vacuna, la Salk

aprobada en 1955, y la primera Sabin, en 1961. En Mar del Plata, la carrera fue creada en 1965 debido a la demanda del Instituto Nacional de Salud Mental de un cambio en el modelo de tratamiento de personas con desórdenes psiquiátricos que exigió incorporar otras especialidades al equipo de atención (Incauragarat, 2014). Los campos de mayor intervención estaban relacionados con las áreas física (amputaciones, lesiones neurológicas, traumatológicas, etc.) y mental (demencias, psicosis, retraso mental, etc.) en todas las poblaciones etarias, siendo un caso específico el de la infancia y las diferentes alteraciones del desarrollo. La terapia ocupacional nace entonces como una profesión de la salud orientada predominantemente hacia la rehabilitación, para luego también incorporar la prevención y la promoción de la salud frente a diversos padecimientos que afecten la vida diaria de las personas. Las arenas clínicas y comunitarias en donde pueden desempeñarse los licenciados en terapia ocupacional (también llamados terapeutas o terapeutas ocupacionales) son numerosas. Ellas incluyen hospitales, clínicas, centros de atención primaria, centros de rehabilitación, clínicas psiquiátricas, centros y clubs de día, escuelas, geriátricos, centros de jubilados, aseguradoras de trabajo, talleres de integración laboral, entre muchas otras.

La carrera de Terapia Ocupacional en Mar del Plata la universidad en que nos desempeñamos tiene la particularidad de haber sido la primera de carácter universitario en América Latina, aunque en la Argentina ya se dictaba a nivel terciario no universitario (en la primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, fundada en 1956 como respuesta a la epidemia de poliomielitis). Tras cumplir 50 años de creación en 2019, la carrera experimentó un cambio en su plan de estudios que compensó décadas de una inercia institucional renuente a modificaciones de la currícula que permitieran una actualización más sistemática de la disciplina. El plan de estudios vigente hasta el año 2023 estipulaba una carrera de cinco años con 43 materias que solo excepcionalmente era completada en el plazo formal, a lo que debe sumarse la complejidad de algunas correlatividades y las rígidas exigencias de las prácticas profesionales de los últimos años, que demandaban una gran cantidad de horas semanales para todos los estudiantes avanzados. Así, la carrera de terapia ocupacional, aunque discursivamente considerada como “holística” en relación con la concepción del ser humano y su salud (biopsico-social), presentaba un perfil muy anclado en los saberes y prácticas biomédicas. Esto también puede observarse en la formación por la importancia que han tenido en el área médica y la psicológica por sobre las ciencias sociales. Para ilustrar esto bastaría mencionar que dicho plan contaba tan solo con dos asignaturas sociales (Sociología y Antropología) dictadas en el primer año de la carrera, que reemplazaron a otra asignatura, “Introducción a la Cultura”, que formaba parte de uno anterior.

El actual plan de estudios, en parte influenciado por un cambio paradigmático del campo y la formación profesional, propicia el compromiso social comunitario y el aprendizaje-servicio. En él, se diseñó un perfil de egresado con capacidad de “interpretar las necesidades y realizar diagnósticos ocupacionales de personas, comunidades y grupos poblacionales en diferentes contextos y condiciones” (Universidad Nacional de Mar del Plata [UNMdP], 2019, p. 7). De hecho, el proyecto para el cambio del plan de estudios señala que ese graduado también “es capaz de seleccionar las intervenciones oportunas y adecuadas que promueven la participación de las personas respetando su identidad, motivación, necesidades, intereses, culturas y contextos basadas en la perspectiva de género y de los derechos humanos” (UNMdP, 2019, p. 7). Ello parte de la habilitación (según Ley 27.051/14, Capítulo IV) para:

realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre. (UNMdP, 2019, p. 8)

La comprensión real de la importancia de las ciencias sociales para la formación en salud se manifiesta paulatinamente a medida que los estudiantes finalizan la carrera. Así, según la encuesta realizada en 2017 por la cátedra de Metodología de la Investigación para relevar las necesidades de los estudiantes en relación con un futuro cambio del plan de estudios en terapia ocupacional, fueron precisamente los estudiantes avanzados los que demandaron mayor articulación de las cátedras con la comunidad y una formación acorde con las necesidades y demandas actuales en salud (Ledesma et al., 2017). Otro dato interesante fue la solicitud de la inclusión de una mayor cantidad de investigaciones a los programas de las distintas materias. Por lo que la comisión asesora del cambio de plan de estudios propuso, entre otras cuestiones, incluir la observación participante con el objetivo de acercarse a las prácticas preprofesionales desde el primer año; incorporar seminarios de práctica de investigación y alternativas a la tesis y reforzar las perspectivas sociológicas y antropológicas de la terapia ocupacional (Porta, Yedaide y Martínez, 2017). De manera que las posibilidades de desempeño en el ámbito comunitario en los últimos años para las y los terapeutas ocupacionales han suscitado gran interés por lo sociocultural en relación con las poblaciones de intervención así como el surgimiento de perspectivas transculturales (Iwama, 2000) e interculturales (Zango Martín y Moruno Millares, 2013).

Enseñar antropología en terapia ocupacional

Lo anterior da cuenta de un creciente interés por las ciencias sociales en la formación en terapia ocupacional. En efecto, nuestra experiencia docente y de formación de recursos humanos en dicha carrera evidencia que algunos estudiantes avanzados tienen, no solo interés, sino especial inquietud por la investigación en antropología en particular. Trataremos de sistematizar esta experiencia, a través de varios hechos sobre los que venimos fundando nuestra labor en los últimos años y que proyectan posibilidades de fortalecer la relación entre antropología y formación en salud a futuro: el dictado de la asignatura Antropología, la creación de un seminario optativo, Etnografía aplicada al campo de la Salud, la incorporación de una asignatura obligatoria de Socioantropología de la Salud para el nuevo plan de estudios de la carrera en terapia ocupacional, la organización de las primeras Jornadas de Investigación en el campo de la Salud, la dirección de tesis de grado y posgrado con enfoque etnográfico (algunos de ellos, con becas de la Universidad, del Consejo Interuniversitario Nacional (EVC-CIN) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas –CONICET–), entre otras.

Ahora bien, en el plan anterior, al momento de cursar Antropología (en el primer cuatrimestre del año de ingreso a la carrera), eran escasos los estudiantes que manifestaban explícitamente interés o entusiasmo por la disciplina. Con el objetivo de relevar sus interpretaciones y expectativas sobre la asignatura, en 2019, una de las autoras administró una breve encuesta a 150 estudiantes ingresantes. En ellas, cuatro de cada diez atribuyeron “mucho” importancia a las ciencias sociales en general, y tres de cada diez, “bastante” (el resto le atribuyó “poca” o “ninguna” importancia). Entre las razones que esgrimieron, afirmaron que era importante conocer de “historia” y “cultura general”. Respecto de la antropología en particular, el número de quienes le asignaron “mucho” importancia descendía a dos de cada diez y a tres para quienes la consideraron “bastante” importante. En este caso, resaltaban la necesidad de comprender al “otro” al que van a tratar, desde un “enfoque humano”. Si consideramos la probabilidad de que las respuestas a las encuestas se hayan visto condicionadas por el hecho de ser administradas por la cátedra, podemos suponer que el número real de interesados en los aportes de la disciplina fuera aún menor. Las respuestas dadas por los estudiantes reflejan una valoración positiva, a nivel discursivo, de los aportes de las ciencias sociales, difícil de verificarse. Como ya había observado García:

El hecho de que en las últimas décadas los profesionales de la salud no hayan tenido en cuenta, en el ejercicio de su trabajo, al hombre como un todo, ha inducido a incorporar las disciplinas humanísticas en los planes de estudio. Esta tendencia parte del supuesto de que todo “hombre culto o poseedor de conocimientos generales” adopta una “actitud tolerante y humana”; esta relación, sin embargo, no parece tener una base empírica que la sustente. (García, 1971a, p. 131)

En realidad, contrariamente a lo que muchos estudiantes expresaron en estas encuestas, el objetivo de la enseñanza de ciencias sociales no reside en aportar “humanismo” a su formación, que redunde en una mayor “comprensión del otro” ni de “empatía”. No solo porque no hay garantías de que una mayor formación social se traduzca en este tipo de actitudes y valoraciones, sino especialmente porque lo que en antropología definimos como “comprensión” y “empatía” supone el desarrollo de una mirada etnográfica específica que dista enormemente del sentido común.

Entre las ciencias sociales, la particularidad de la mirada antropológica conlleva evidentes contrastes con otro tipo de enfoques, tal vez más frecuentes en economía y ciencias políticas y bastante menos en sociología. Pese a compartir algunas de esas disciplinas orígenes comunes con la antropología (e incluso buena parte de sus fundamentos de teoría social), en no pocas ocasiones el quehacer investigativo las coloca en enfoques contrapuestos. Ello se hace más notorio cuando se imponen las miradas normativas, que surgen a partir de un desconocimiento profundo de las lógicas nativas de los actores, lo que conduce a prever personalidades, comportamientos y escenarios que deben darse naturalmente o que deberían producirse de un modo determinado. En gran parte por ello, la disciplina antropológica, y en particular la densidad del método etnográfico, aportan herramientas conceptuales y metodológicas indispensables para la formación de profesionales en el campo de la salud. En ese sentido, la antropología invita a un ejercicio de problematización del sentido común, cotidiano primero y profesional después, a fin de evitar que este último se convierta en un obstáculo epistemológico cuando adquiere criterios de verdad. Sin embargo, no es usual que la mirada antropológica forme parte de los saberes valorados e implementados por esos mismos profesionales, más habituados a confiar, por ejemplo, en la “ciencia médica”. Es precisamente en este punto donde la formación en antropología devela los reduccionismos biológicos de los distintos paradigmas científicos: desde el racismo positivista vigente en ciertas formas de eugenesia actuales como las que conlleva la reproducción asistida, los usos de las tecnologías de la imagen aplicadas a las neurociencias o de la genética en la raza/etnia como variable de riesgo para ciertas enfermedades como la diabetes, etcétera.

Más específicamente, en el caso de la terapia ocupacional, la incorporación de los fundamentos teóricos y metodológicos de la antropología social ha promovido investigaciones e intervenciones sostenidas en otro tipo de parámetros que superen definiciones de salud como ausencia de cualquier tipo de enfermedad, padecimiento, patología o discapacidad propia. Este abordaje normativo suele partir de diagnósticos médicos que, según Zango Martín y Moruno Millares, no contemplan:

las necesidades ocupacionales de la persona. Estos planteamientos –muy presentes todavía en el ámbito de la terapia ocupacional– han favorecido el desarrollo de la metodología para la evaluación y el abordaje terapéutico, posibilitando articular objetivos discretos y cuantificables con el objetivo de medir los resultados de la intervención. No obstante, esta conceptualización de la salud presenta una visión teórica limitada sobre la existencia ocupacional del ser humano y sitúa la intervención de terapia ocupacional en un contexto institucional, vinculado exclusivamente a planteamientos biomédicos. (Zango Martín y Moruno Millares, 2013, p. 19)

En efecto, como plantea Lawlor:

para los terapeutas, como para los pacientes y sus familias, la pregunta dominante es “¿Cómo podemos hacer para saber lo suficiente sobre el otro de modo que efectivamente podamos asociarnos?”. El objetivo es la colaboración, y el grado en el cual los profesionales y sus pacientes necesitan conocerse mutuamente es limitado por el grado en el cual el conocimiento es relevante para la intervención y el proceso de recuperación. (Lawlor, 2003, p. 23)

Por ello es que la autora postula la adopción de un “lente etnográfico” con el objeto de obtener una “visión más clara”, nueva y diferente, que sea superadora del lente clínico. Esta hibridez creativa entre la terapia ocupacional y la antropología social es presentada como un caso potencialmente virtuoso de una propuesta integral de abordaje de la salud. Y con ello se pretende, como se plantea más arriba, superar aquellas imposturas que asumen que el reconocimiento discursivo, grandilocuente y moralizado de lo cultural es condición suficiente para superar el modelo biomédico.

Las respuestas de los estudiantes deben también analizarse considerando que, en el caso puntual de la carrera de terapia ocupacional de esta universidad, el primer acercamiento a las problemáticas ya clásicas de la antropología se daba (en el anterior plan de estudios) al ingresar a la carrera, momento en que aún no se habían familiarizado con la disciplina que habían elegido estudiar. Por tal razón, en el nuevo plan en vías de implementarse se propuso dictar Antropología durante el segundo año de cursada. La lógica del cambio se sostiene en la búsqueda de una mejor comprensión por parte de los estudiantes de las características de la formación específica en ciencias sociales para los futuros terapeutas. Ello implica la formulación de inquietudes sistemáticas sobre la alteridad, la tensión entre lo universal y lo particular, la relación entre naturaleza y cultura y, sobre todo, el reconocimiento de las variadas formas que adquiere el etnocentrismo.

Hasta ahora, solo en el seminario optativo de Etnografía aplicada al campo de la salud del anterior plan, dirigido a estudiantes de los últimos años de la carrera, se desarrollaba la reflexividad antropológica para problematizar los supuestos etnocéntricos que encierran conceptos nodales de su disciplina como aquello que se entiende por “actividades de la vida diaria” o incluso “ocupación” para poder pensarlas localmente. En efecto, las tesis que han emergido del seminario dan cuenta de la posibilidad de formar “profesionales híbridos” (Gil, 2022), capaces de diagnosticar los problemas de intervención desde una perspectiva clínica y social, considerando la voz de todos los actores sociales, incluyendo la reflexividad crítica sobre sus propios presupuestos profesionales. Es la enseñanza del enfoque y el método etnográfico (por medio de acercamientos al trabajo de campo donde identificar los términos nativos y describir e interpretar el punto de vista del otro) lo que permite el aprendizaje significativo de los contenidos conceptuales abordados en Antropología. Así, hacia el final de su formación, quienes transitaban por el seminario lograban comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados a partir del análisis de los itinerarios terapéuticos de distintos actores; analizar distintas representaciones del cuerpo y de la salud y la enfermedad; identificar las relaciones de hegemonía entre diversas medicinas y terapias así como entre profesionales de la salud, y entre estos y los pacientes; descubrir formas de reciprocidad que operan sobre mecanismos de obtención de prestigio; interpretar las racionalidades nativas detrás de prácticas “riesgosas” o de consumos considerados “problemáticos” presentes en sus campos de intervención como futuros terapeutas ocupacionales.

A modo de cierre

Por su complejidad, la atención en salud requiere profesionales con formación en ciencias sociales. Demanda a la que busca responder la creciente orientación sociocomunitaria de las distintas carreras de la salud siguiendo distintos criterios de innovación y de articulación entre disciplinas. En este contexto local e institucional, el diálogo interdisciplinar entre antropología y terapia ocupacional se ha vuelto especialmente fructífero en los últimos años como resultado de factores inherentes al campo de la salud. De hecho, la importancia de las ciencias sociales ha sido señalada por referentes de la salud (en el caso de la medicina, tempranamente por García, y en el caso de la terapia ocupacional, más recientemente por profesionales interesados en el enfoque comunitario e intercultural).

En ese sentido, la orientación de las nuevas currículas de las carreras de ciencias de la salud centradas en el estudiante y en la comunidad constituyen una oportunidad para la enseñanza de antropología, ya sea de manera disciplinar o transdisciplinar. Ello es igualmente aplicable a otras carreras, trayectos de formación y profesiones de la salud, aunque con diferentes posibilidades y desafíos. De hecho, es cada vez más frecuente la conformación multidisciplinar de los equipos de cátedra en distintas carreras del campo de la salud (Medicina, Enfermería y Terapia Ocupacional). Sin embargo, la posibilidad de una verdadera síntesis disciplinar con las ciencias sociales dependerá de la construcción entre distintos actores al interior de cada una de estas carreras en sus respectivas instituciones (facultades y universidades). Además, si bien existe un consenso sobre la importancia de la transdisciplinariedad, los actores institucionales pueden disentir en cuanto a qué disciplinas han de ser puestas en diálogo. Más allá de los conflictos limítrofes –que tal vez se puedan pensar mejor como espacio de confluencia– que otras profesiones guardan con la terapia ocupacional, los postulados, dilemas y posibilidades de este enfoque híbrido presentan un alto potencial de aplicación. Así es que en carreras como Enfermería, Nutrición o Kinesiología, además de Medicina, por supuesto, la posibilidad de experimentar una hibridez con la antropología es un camino a explorar de modo todavía más sistemático. Por ejemplo, en el caso de la Licenciatura en Enfermería brindada por la misma universidad –de la cual es recientemente profesora una de las autoras de este artículo–, la enseñanza de la antropología pasó, tras el cambio de plan de estudios llevado a cabo en 2017, en sentido inverso al proceso de terapia ocupacional, de cuarto a primer año. Esto, según tenemos entendido, con el propósito de otorgar mayor importancia a las ciencias sociales y humanas desde el principio de la formación. De manera que los contenidos de antropología y antropología de la salud pasaron a dictarse bajo el mismo nombre del área en la que se insertan: Sociohumanística, en la que se incluyen además asignaturas con contenidos de sociología, filosofía y psicología, entre otras disciplinas.

Mientras a la antropología constantemente se le demanda mayor “aplicabilidad”, consideramos que en una ciudad en la que no había formación de grado (hasta el presente año) ni de posgrado en la disciplina, la posibilidad de formar profesionales híbridos constituye una contribución en este sentido sin quitar especificidad a nuestro ejercicio como antropólogos. Es decir que la perspectiva sociocultural y el enfoque etnográfico tienen el potencial de transversalizarse en la formación de profesionales de la salud, tanto como otras perspectivas (como la de género). Con ese fin, a lo largo de estos años de docencia, nos hemos esforzado por conocer el punto de vista de estudiantes, graduados y docentes en Terapia Ocupacional a partir de comprender sus lógicas disciplinares, modos de intervención profesional y de inserción institucional posibles, como un “otro” a cuya formación pretendemos contribuir. En sentido inverso, hemos transmitido nuestro enfoque a aquellos que han transitado por los espacios de formación propuestos por la cátedra. De hecho, como antropólogos, descubrimos de la mano

de estudiantes y docentes, nuevos campos de intervención, nuevos temas de investigación (grandes vacíos empíricos), que requieren nuevas conceptualizaciones, que nos nutren de nuevas preguntas, a la vez que nos permiten problematizar el sentido común profesional y académico de ambas disciplinas. La experiencia demuestra que incluso desde un plan de estudios basado en cátedras disciplinares se puede lograr el mismo objetivo de formación sintética al que aspiran otras carreras con currícula innovada.

Todo lo anterior lo hemos podido constatar, además de la formación en el marco de las aulas en las carreras de grado, en las experiencias formativas de estudiantes durante sus investigaciones, ya sea en la etapa de graduación en sus tesinas como en sus proyectos de posgrado. Además de quienes optaron por posgrados en ciencias sociales y, en tanto terapistas ocupacionales de formación de grado, se han integrado a los cuerpos docentes de la unidad académica, la adopción de este enfoque híbrido les ha permitido en su desempeño profesional (algunos de ellos, en residencias en salud) sumar herramientas de comprensión e intervención guiadas por esta propuesta integral. La estrategia de evaluar, durante el seminario específico de etnografía, el diseño de un plan de investigación que recoja esta propuesta de hibridez arroja, en ese sentido, resultados alentadores. Junto con los proyectos que se plasmaron en becas de grado y posgrado y proyectos de formación doctoral, la implementación de un espacio de construcción colectiva, en modalidad taller, de temas y problemas de investigación en terapia ocupacional con perspectiva antropológica, ha sido un disparador que interpela los fundamentos mismos de la formación específica de los estudiantes, aunque luego no opten por la investigación.

Referencias bibliográficas

- » Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). (2019). *Anexo de la Ordenanza de Consejo Académico N° 1539. Anteproyecto Plan de Estudios Lic. en Terapia Ocupacional*. Mar del Plata: Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- » Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva* 2(2), 123-146.
- » Arando Lasagabaster, M. y Otero Guerra, L. (2019). Sífilis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(6):398-404 S0213005X19300072. doi: 10.1016/j.eimc.2018.12.009
- » Becher, T. (2001). *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Barcelona: Gedisa.
- » Becker, H. (2015). *Para hablar de la sociedad la sociología no basta*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- » Camilloni, A. (2010). La didáctica de las ciencias sociales: ¿disciplinas o áreas? *Revista de Educación*, 1(1), 55-76.
- » Collins, R. (2002). *The Sociology of Philosophies. A Global Theory of Intellectual Change*. The Belknap Press: Cambridge.
- » D'Angelo, A. (2021). "Practicar yoga, mucho yoga": autoatención de aflicciones durante la crisis por COVID-19. Aiken, *Revista de ciencias sociales y salud*, 1(2), 31-45.
- » D'Angelo, A. (2022). Hacia una atención corporizada en salud: aportes teóricos y metodológicos de la antropología de la corporalidad. En G. Gil y F. Valverde (Comps.), *Terapia Ocupacional & Antropología* (pp. 115-134). Mar del Plata: Juliana Burgos.
- » D'Angelo, A. (2023) *Bienestar de los cuerpos conscientes. Una etnografía del yoga en la Argentina*. Mar del Plata: EUDEM.
- » Foster, J., Rzhetsky, A. y James, J. (2015). Tradition and Innovation in Scientists' Research Strategies. *American Sociological Review*, 80(5), 875-908.
- » Galeano, D., Trotta, L. y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 7, 285-315.
- » García, J. C. (1962). Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente. *Cuadernos Médicos Sociales*, 12, 11-15.
- » García, J. C. (1964). Comportamiento de las elites médicas en una situación de subdesarrollo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 5, 20-25.
- » García, J. C. (1969). Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*, 3, 267-316.
- » García, J. C. (1971a). Profile of medical education in Latin America. *International Journal of Health Service*, 1(33), 37-59.
- » García, J. C. (1971b). La decisión de estudiar medicina. *Educación Médica y Salud*, 4, 277-294.
- » García, J. C. (1971c). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, 5, 130-148.
- » García, J. C. (1972). *La educación médica en la América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

- » Gil, G. J. (2006). Controles etnográficos y expertos en el campo: cuando los “nativos” nos leen. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, 20, 129-148.
- » Gil, G. J. (2021). *Terapia de la felicidad. Etnografía del running en la argentina contemporánea*. Buenos Aires: Antropofagia.
- » Gil, G. J. (2022). Introducción. La Antropología y la formación de profesionales híbridos en el campo de la salud. En G. J. Gil y F. Valverde (Eds.), *Terapia Ocupacional & Antropología* (pp. 11-41). Mar del Plata: Juliana Burgos.
- » Gil, G. J. e Incaugarat, M. F. (2018). La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. *Experiencias y reflexiones. Praxis educativa*, 22(3), 37-46.
- » Goldberg, A. (2009 septiembre-octubre). “Paciente boliviano tuberculoso”. *Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Ponencia presentada en la VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM) . Buenos Aires.
- » Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- » Incaugarat, F. (2014 noviembre). *Desarrollo de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad. Un recorrido de 1968 a 1985 desde la perspectiva de los actores*. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Historia de la Universidad Argentina, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- » Iwama, M. (2000). Toward a culturally and clinically acceptable model of occupational therapy. *Journal of the Japanese Association of Occupational Therapists*, 19 (suppl.), 516.
- » Kalinsky, B. y Arrúe, W. (1996). Salud e interdisciplina. ¿Fracaso epistemológico o práctica de la inter-gestión de la ciencia? En *Claves antropológicas de la salud El conocimiento en una realidad intercultural* (pp. 219-246). Buenos Aires: Miño y Davila.
- » Kuhn, T. (1977). *The Essential Tension: Selected Studies in Scientific Tradition and Change*, Chicago: University of Chicago Press.
- » Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- » Lawlor, M. (2003). Gazing anew: the shift from a clinical gaze to an ethnographic lens. *Am J Occup. Ther.*, 57(1), 29-39. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.57.1.29>
- » Ledesma, R., Fernandez V. y Xifra, J. (2017). *Encuesta de Opiniones sobre el Plan de Estudio de Terapia Ocupacional. Trabajo de campo realizado durante la cursada 2016 de Técnicas de Investigación Social*. Informe elaborado por la Cátedra. Mar del Plata: Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- » Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI, 46, 37-68.
- » Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- » Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Londres: Duke University Press.
- » Nunes, E. D. (2013). El pensamiento social en salud en Latinoamérica: releendo a Juan César García. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1752-1762.
- » Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Informe de la Secretaría. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, 62ª Asamblea Mundial de la Salud 16 de marzo. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

- » Porta, L., Yedaide, M. M. y Martínez, M. C. (2017). *Informe de trabajo etapa 2017- Bases para el trabajo 2018. Equipo de Asesoría Curricular, Plan de Estudios Licenciatura en Terapia Ocupacional*, Mar del Plata: Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- » Rovere, M. (2015). Experiencias alternativas de gestión y formación en el campo de la salud. En A. Kornblit, A. C. Camarotti y M. Güelman. *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población* (pp. 18-37). Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA. Recuperado de <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1963>
- » Silberman, M., Silberman, P. y Pozzio M. R. (2012). Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina. *Salud Colectiva*, 8(2),175-189.
- » Silberman, M. S. y Pozzio, M. R. (2015). La enseñanza de la medicina en debate: prácticas formativas en la realidad social y su impacto en las representaciones de los estudiantes sobre el rol profesional. *Trayectorias Universitarias*, 1(1), 83-95.
- » Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 72-87. doi: <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.22054>
- » Zango Martín, I. y Moruno Millares, P. (2013). Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 8(1), 9-48.

Financiamiento

PICT 2021 N° 0262 "Terapéuticas de la felicidad. Emociones, corporalidades y estilo de vida en la Argentina contemporánea".

Agradecimientos

A Rubén Ledesma y al equipo de la cátedra de Técnicas de Investigación Social por facilitarnos y permitirnos utilizar los resultados de las encuestas realizadas a estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Biografías

Ana C. D'Angelo es Doctora en Ciencias Sociales y Humanas, licenciada y profesora en Ciencias Antropológicas (Orientación Sociocultural). Profesora adjunta regular e investigadora del Centro de Estudios Sociales y de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Gastón J. Gil es Doctor en Antropología Social (Universidad Nacional de Misiones). Profesor titular regular de Antropología, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Director del Grupo de Estudios Antropológicos, Centro de Estudios Sociales y de la Salud, de la misma facultad. Investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.